

Nuevas acciones en la reducción de las muertes maternas a partir de una lectura innovadora de las fuentes de información de 2010

Mtro. Adrián G. Delgado Lara

Maestro en Salud Pública, ESPM y en Estudios Regionales, Instituto de Investigaciones "Dr. José María Luis Mora". Coordinador de Soluciones del Instituto Carlos Slim de la Salud, A. C.

M. en C. Rosa María Núñez Urquiza

Maestra en Ciencias de la Salud Pública, Universidad de Michigan. Colabora en Servicios de Salud de Morelos.

Dra. Raffaella Schiavon Ermani*

Especialista en Ginecología y Obstetricia, Universidad de Trieste, Italia

Directora general de Ipas México y secretaria técnica del Comité Promotor de la Iniciativa para una Maternidad Segura en México



Introducción

En México, cuando nos referimos a la mortalidad materna, de inmediato señalamos que es un reto de la salud pública. Cuando comentamos sobre la razón de mortalidad materna (RMM), de forma contundente decimos que la velocidad de disminución no es la esperada para cumplir la meta de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, en los cuales el gobierno de México se comprometió a reducir, para el año 2015, la RMM a menos de 23 por 100 mil nacidos vivos.

Múltiples investigaciones indican que las defunciones maternas son síntoma de inequidad social y un problema de salud pública en el que concurren diversos factores que condicionan el acceso a la atención obstétrica, por un lado, y la calidad de los servicios de salud, por el otro. Ambos factores son nodales en la operación y aplicación de las políticas de salud de un país. Lo anterior, se relaciona directamente con el patrón de causas de defunciones maternas en las últimas dos décadas, que incluye la enfermedad hipertensiva del embarazo, parto y puerperio; la hemorragia obstétrica; el embarazo terminado en aborto; las infecciones obstétricas y sus complicaciones, que han tenido cierta variación porcentual en el tiempo. Es decir, patologías para las cuales el arsenal médico y quirúrgico es amplio y se aplica desde hace mucho tiempo.

Para dar una respuesta al reto que se presenta a partir de la segunda década de este siglo, debemos tener otra mirada que permita comprender que las defunciones maternas no afectan a todos los municipios del país y ocurren en mujeres habitantes de municipios de alto o mediano índice de desarrollo humano y en conjuntos habitacionales muy cercanos a uno o varios hospitales.

En los últimos 20 años ha habido un incremento de las causas obstétricas indirectas de muertes maternas en México, las cuales en 1990 representaban menos de 5% y en 2010 significaron la cuarta parte del total de éstas.¹ Lo anterior cambia el panorama de morbilidad materna; hoy se embarazan, complican y mueren mujeres que ya tienen alguna patología previa a la gestación.

Aunado a esto, se propone una lectura innovadora que destaque la nueva distribución geográfica de la muerte materna, identifique la presencia de hospitales como el recurso específico para la atención de la complicación obstétrica y la cada vez menor ocurrencia de estos eventos en municipios de bajo índice de desarrollo humano.

Contribuiremos a visibilizar una nueva realidad de las defunciones maternas, observar su heterogeneidad en la segunda década del siglo XXI y se propondrán nuevas acciones que puedan incluirse en políticas públicas específicas.

Método empleado

Se realizó un análisis cuantitativo transversal de la distribución municipal de las defunciones maternas contabilizadasⁱ y su asociación con el índice de desarrollo humano (IDH) y la densidad hospitalaria (DH). Las fuentes de información son el Módulo de Mortalidad Materna del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE), de la Dirección de Epidemiología de la Secretaría de Salud (SSA) de México, para el año 2010,² el Censo de Población y Vivienda 2010³ y IDH⁴. Además, con base en datos de la Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES), se analizó el número de unidades de consulta externa, así como de hospitales de la SSA, del Instituto Mexicano del Seguro Social [régimen obligatorio] (IMSS) y del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE).

Defunciones maternas contabilizadas en 2010

En 2010, se contabilizaron 1078 defunciones maternas en residentes en el país. De éstas, sólo consideramos 992 para el numerador, pues se excluyeron 86 muertes maternas (MM) tardías. En ese año, las defunciones según residencia habitual ocurrieron en 531 municipios de 31 entidades federativas. Siete entidades concentraron 51.6% de las defunciones: el Distrito Federal y los estados de México, Veracruz, Chiapas, Oaxaca, Puebla y Guerrero contabilizaron 50 o más defunciones cada uno de ellos (Cuadro 1). En el año de referencia no se registraron defunciones maternas en el estado de Colima.

Cuadro 1

Defunciones maternas, según entidad federativa, 2010

Entidad	Defunciones	Entidad	Defunciones
Aguascalientes	10	Morelos	10
Baja California	24	Nayarit	8
Baja California Sur	4	Nuevo León	14
Campeche	8	Oaxaca	59
Coahuila	24	Puebla	58
Colima	0	Querétaro	13
Chiapas	69	Quintana Roo	13
Chihuahua	39	San Luis Potosí	22
Distrito Federal	76	Sinaloa	18
Durango	15	Sonora	12
Guanajuato	42	Tabasco	14
Guerrero	53	Tamaulipas	26
Hidalgo	29	Tlaxcala	14
Jalisco	48	Veracruz	78
Estado de México	119	Yucatán	12
Michoacán	49	Zacatecas	12
		Total	992

Fuente: Plataforma de Muertes Maternas, SINAVE, DGE, Secretaría de Salud, 2011

Al analizar la distribución municipal de las defunciones maternas (por residencia habitual de la fallecida), encontramos que éstas ocurrieron solamente en 531 (21.6%) de los 2456 municipios del país (Cuadro 2). La población total de estos 531 municipios, asciende a 77 268 718 personas que corresponden a 68.8% de la población nacional. En los restantes 1913 municipios, donde habita poco más del 30% de la población mexicana, no se contabilizaron defunciones maternas.

ⁱ En este trabajo se usa el término defunciones maternas contabilizadas para denominar a las defunciones maternas que se incluyen en nuestro análisis. Esto permitirá no confundirlas con otros términos ya empleados en diferentes análisis: defunciones maternas registradas, estudiadas o resultado de la confronta Secretaría de Salud-INEGI.

Cuadro 2

Municipios con muertes maternas por entidad federativa, según municipio de residencia habitual. Estados Unidos Mexicanos, 2010

Entidad federativa	Muerte materna 2010	Número de municipios	Municipios con MM
Distrito Federal	76	16	16
Baja California	24	5	3
Tabasco	14	17	10
Sinaloa	18	18	9
Guanajuato	42	46	21
Campeche	8	11	5
Querétaro de Arteaga	13	18	8
Quintana Roo	13	9	4
Estado de México	119	125	55
Guerrero	53	81	33
Baja California Sur	4	5	2
Aguascalientes	10	11	4
Chiapas	69	118	38
San Luis Potosí	22	58	17
Michoacán de Ocampo	49	113	33
Hidalgo	29	84	23
Morelos	10	33	9
Veracruz de Ignacio de la Llave	78	212	51
Coahuila de Zaragoza	24	38	9
Tamaulipas	26	43	10
Durango	15	39	8
Nayarit	8	20	4
Chihuahua	39	67	13
Tlaxcala	14	60	11
Puebla	58	217	36
Nuevo León	14	51	8
Zacatecas	12	58	9
Jalisco	48	125	16
Sonora	12	72	7
Oaxaca	59	570	51
Yucatán	12	106	8
Colima	0	10	0
Total	992	2456	531

Fuente: Plataforma de Muertes Maternas, SINAVE, DGE, Secretaría de Salud, 2011

Estos datos confirman lo que varios autores han señalado, estamos en un proceso de transición demográfica, con alta densidad poblacional urbana, que se concentra en grandes zonas metropolitanas. El mejor ejemplo es la Zona Metropolitana del Valle de México (ZMVM), donde hoy tienen su hogar 25% de las y los mexicanos. Esta tendencia se había identificado en un análisis de la distribución municipal de las muertes maternas para el periodo 1998–2005,⁵ el cual concluye que las defunciones maternas se concentran en los municipios urbanos y especialmente en la ZMVM.

Esta transición implica un gran reto, no sólo demográfico, sino para la atención de la salud materna y la disminución de sus complicaciones y defunciones. Este desafío conlleva desarrollar estrategias y acciones para interactuar con las usuarias y sus familias. Al mismo tiempo, también implica que se debe seguir trabajando con estrategias y acciones de prevención, promoción y atención de la salud materna en los municipios rurales y con la población indígena.



Yessica Sánchez Rangel

Relación de RMM y Tasa de Muerte Materna (TMM)

En esta lectura innovadora proponemos el uso de la Tasa de Muerte Materna (TMM) como un mejor indicador de análisis, ésta refleja el conjunto de dos riesgos reproductivos: de embarazo y de defunción por causas maternas en mujeres en edad reproductiva.

En tanto, si seguimos empleando la RMM, tenemos como denominador el número de nacidos vivos, dejando de lado algunos eventos como los embarazos terminados en aborto y sin incluir los embarazos que terminaron con producto muerto.

De acuerdo con algunos autores,⁶ la ventaja de emplear la TMM, frente a la RMM, radica en que el resultado enfatiza la prevalencia de las defunciones maternas entre toda la población de mujeres en edad reproductiva, en comparación con la RMM, cuyo denominador es el número de nacidos vivos.

Según datos del Censo de Población y Vivienda 2010, existen 21.4 millones de mujeres en edad reproductiva (15 a 49 años) y representan 28% de la población. Con estos datos se construyó la TMM (número de MM por 1 millón de mujeres de 15 a 49 años), la cual resultó con 46.3 defunciones por cada millón de mujeres en edad fértil para el total de la población de los 531 municipios. Los valores extremos de la TMM se registraron en Oaxaca (166.2), Tlaxcala (113.6), Zacatecas (110.4), Guerrero (93.7) e Hidalgo (85.1) con las tasas más altas, y en Baja California (29.2), Sonora (27.9) y Nuevo León (13.6), con los valores más bajos (Cuadro 3).

Esta nueva lectura permite identificar diferencias entre entidades, por ejemplo, el Estado de México, con un poco más de 3.3 millones de mujeres de 15 a 49 años y 119 defunciones maternas, tiene una TMM de 35.1, menor a la calculada para el total de los 531 municipios con MM registradas. En cambio, los estados de Tlaxcala y Zacatecas, con 123 mil y 108 mil mujeres en edad fértil, tienen TMM muy elevadas, de 113.6 y 110.4 respectivamente, aun cuando en cada uno de esos estados sólo se contabilizaron poco más de diez defunciones maternas. (Cuadro 3).

Cuadro 3

Tasa de Muerte Materna según entidad federativa de residencia habitual.
Estados Unidos Mexicanos, 2010

Entidad federativa	MM 2010*	Población total 2010	Mujeres 15 a 49 años, 2010	TMM / Mujeres de 15 a 49 años X 1,000,000
Oaxaca	59	1 281 671	355 023	166.2
Tlaxcala	14	444 763	123 199	113.6
Zacatecas	12	392 258	108 655	110.4
Guerrero	53	2 041 817	565 583	93.7
Hidalgo	29	1 229 548	340 585	85.1
Chiapas	69	2 961 221	820 258	84.1
Puebla	58	3 092 293	856 565	67.7
Veracruz de Ignacio de la Llave	78	4 243 694	1 175 503	66.4
Michoacán de Ocampo	49	2 716 295	752 414	65.1
Nayarit	8	527 023	145 985	54.8
Chihuahua	39	2 580 866	714 900	54.6
San Luis Potosí	22	1 608 117	445 448	49.4
Durango	15	1 113 126	308 336	48.6
Baja California Sur	4	310 985	86 143	46.4
Coahuila de Zaragoza	24	1 955 666	541 719	44.3
Campeche	8	670 194	185 644	43.1
Quintana Roo	13	1 140 065	315 798	41.2
Yucatán	12	1 086 979	301 093	39.9
Morelos	10	918 920	254 541	39.3
Jalisco	48	4 415 765	1 223 167	39.2
Tamaulipas	26	2 503 451	693 456	37.5
Aguascalientes	10	987 618	273 570	36.6
Estado de México	119	12 224 480	3 386 181	35.1
Guanajuato	42	4 432 732	1 227 867	34.2
Distrito Federal	76	8 851 080	2 451 749	31.0
Querétaro de Arteaga	13	1 514 814	419 603	31.0
Tabasco	14	1 654 933	458 416	30.5
Sinaloa	18	2 159 164	598 088	30.1
Baja California	24	2 963 323	820 840	29.2
Sonora	12	1 551 805	429 850	27.9
Nuevo León	14	3 704 052	1 026 022	13.6
Total general	992	77 278 718	21 406 205	46.3

Fuente: Plataforma de Muertes Maternas, SINAVE, DGE, Secretaría de Salud, 2011 y estimaciones propias a partir de información del Censo 2010, INEGI 2011

La nueva lectura nos muestra que la TMM de 46.3 defunciones por cada millón de mujeres en edad fértil para el total de la población de los 531 municipios, es superada en 14 estados, con valores extremos en Nuevo León con 13.6, en contraste con 166.2 en Oaxaca, lo cual implica que el riesgo de embarazo y muerte materna es casi quince veces mayor en Oaxaca que en Nuevo León. Comparando el primero con el promedio nacional, el riesgo de embarazo y muerte materna es casi cuatro veces mayor en las residentes del estado sureño. Esta nueva lectura hace más evidente la heterogeneidad regional de la muerte materna y el riesgo que prevaleció en los estados durante 2010.

Asociación de la TMM y del Índice de Desarrollo Humano (IDH)

El IDH se construye con base en los criterios establecidos por el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) y está compuesto de tres dimensiones: salud, educación e ingreso que, en general, permiten observar las desigualdades de desarrollo social a nivel nacional y regional. En este documento empleamos el IDH como elemento que ayuda a identificar el estrato de desarrollo social del municipio en donde habitualmente vivían las mujeres que fallecieron por causas maternas. Estamos ciertos de que investigaciones muy puntuales podrían dar lecturas diferentes a las que aquí logramos con el uso del IDH.

En conjunto, el país se considera de IDH medio. A nivel estatal, la información obtenida del IDH, identifica ocho entidades (Chiapas, Guerrero, Hidalgo, Michoacán, Oaxaca, Puebla, Tabasco y Veracruz) de IDH medio. Las restantes se consideran de IDH alto.ⁱⁱ

Al revisar el IDH por municipio, se observó que en 200 de IDH alto se contabilizaron 538 defunciones maternas (61%); 329 municipios de IDH medio contribuyeron con 452 defunciones (46%) y sólo se contabilizaron dos defunciones

(0.2%) en municipios de IDH bajo, uno ubicado en Oaxaca y otro en Veracruz (Cuadro 4). Esta información permite visualizar que las defunciones maternas no necesariamente están asociadas a desigualdad social o pobreza y la transición demográfica rural-urbana está asociada con una transición de localización de las defunciones maternas en municipios de alto o medio IDH, sin que ello signifique que ya no ocurren en los de bajo IDH.

Entre los 200 municipios de IDH alto, existen diferentes niveles de ocurrencia de MM, en un extremo se ubican 92 municipios con una sola defunción y en otro, 16 municipios con siete y más defunciones contabilizadas cada uno: en el Distrito Federal en las delegaciones Iztapalapa (18), Álvaro Obregón (12) y Gustavo A. Madero (8); en el Estado de México, Ecatepec (12), Nezahualcóyotl (8) y Naucalpan de Juárez (7); además de Guadalajara (12) y Zapopan (10), en Jalisco; Tijuana, Baja California (18); Ciudad Juárez, Chihuahua (13); Saltillo, Coahuila (10); Puebla, Puebla (10); Morelia, Michoacán (9); Benito Juárez, Quintana Roo (9); Durango, Durango (8); León, Guanajuato (8). Todos los municipios enunciados son urbanos y forman parte de zonas metropolitanas, lo que reafirma la transición de la localización preferente de las defunciones maternas en municipios urbanos.



Yessica Sánchez Rangel

ⁱⁱ Para calcular el IDH a nivel municipal (IDHM) en México, se han llevado a cabo algunos ajustes debido a las restricciones en la disponibilidad de información a nivel municipal de los indicadores establecidos en su definición original. Es importante resaltar que estos ajustes no alteran la naturaleza del IDH.

Cuadro 4

Muerte Materna e IDH según entidad federativa y municipio de residencia habitual. Estados Unidos Mexicanos, 2010

Entidad	MM 2010	IDH estatal 2005	Municipios con MM	IDH X municipio (%)*		
				Alto	Medio	Bajo
Aguascalientes	10	Alto	4	75.0	25.0	0.0
Baja California	24	Alto	3	100.0	0.0	0.0
Baja California Sur	4	Alto	2	100.0	0.0	0.0
Campeche	8	Alto	5	40.0	60.0	0.0
Coahuila de Zaragoza	24	Alto	9	77.8	22.2	0.0
Chiapas	69	Medio	38	5.3	94.7	0.0
Chihuahua	39	Alto	13	38.5	61.5	0.0
Distrito Federal	76	Alto	16	93.8	6.3	0.0
Durango	15	Alto	8	37.5	62.5	0.0
Guanajuato	42	Alto	21	33.3	66.7	0.0
Guerrero	53	Medio	33	3.0	97.0	0.0
Hidalgo	29	Medio	23	34.8	65.2	0.0
Jalisco	48	Alto	16	62.5	37.5	0.0
Estado de México	119	Alto	55	54.5	45.5	0.0
Michoacán de Ocampo	49	Medio	33	21.2	78.8	0.0
Morelos	10	Alto	9	66.7	33.3	0.0
Nayarit	8	Alto	4	100.0	0.0	0.0
Nuevo León	14	Alto	8	87.5	12.5	0.0
Oaxaca	59	Medio	51	13.7	84.3	2.0
Puebla	58	Medio	36	16.7	83.3	0.0
Querétaro de Arteaga	13	Alto	8	37.5	62.5	0.0
Quintana Roo	13	Alto	4	75.0	25.0	0.0
San Luis Potosí	22	Alto	17	29.4	70.6	0.0
Sinaloa	18	Alto	9	66.7	33.3	0.0
Sonora	12	Alto	7	85.7	14.3	0.0
Tabasco	14	Medio	10	20.0	80.0	0.0
Tamaulipas	26	Alto	10	70.0	30.0	0.0
Tlaxcala	14	Alto	11	54.5	45.5	0.0
Veracruz de Ignacio de la Llave	78	Medio	51	37.3	60.8	2.0
Yucatán	12	Alto	8	50.0	50.0	0.0
Zacatecas	12	Alto	9	44.4	55.6	0.0
Total	992	Medio	531	37.7**	62.0**	0.4**

*. Distribución porcentual por entidad federativa **. Distribución porcentual del total nacional

Fuentes: Plataforma de Muertes Maternas, SINAVE, DGE, Secretaría de Salud, 2011 e Índice de Desarrollo Humano Municipal en México 2000-2005; publicado por Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, México, 2008.

De los 329 municipios de IDH medio, la mayor concentración de MM se contabilizó en Chilón, Chiapas, con seis defunciones maternas y cinco en Carichí, Chihuahua y Chilapa de Álvarez, Guerrero. Los dos municipios considerados de bajo IDH (Coicoyán de las Flores, Oaxaca y Tehuipango, Veracruz) contribuyeron con una muerte materna cada uno.



Yessica Sánchez Rangel

Con el fin de mejorar sustancialmente las condiciones de vida de los habitantes de los 125 municipios clasificados con menor IDH, la administración federal (2006-2012) operó la *Estrategia 100X100*. En 2010, estos municipios se ubican en siete estados y en conjunto aportaron 55 defunciones contabilizadas en el Módulo de Mortalidad Materna del SINAVE.ⁱⁱⁱ

Al revisar el listado de la CLUES⁷ se identificó la existencia de unidades de Consulta Externa en los 531 municipios,^{iv} en los cuales se ubican 6104 unidades; 50% de ellas en los estados de México (622), Chiapas (548), Guerrero (521), Tabasco (384), Guanajuato (370), Veracruz (292) y Distrito Federal (276).

Relación entre la Densidad Hospitalaria (DH), IDH y TMM

Al analizar la presencia de hospitales generales o especializados, se identificó que en los 531 municipios existe alguno o más de los considerados resolutivos, según el Acuerdo de Colaboración Interinstitucional para la Atención de las Emergencias Obstétricas. La existencia de hospitales en lugares cercanos a los domicilios habituales de las mujeres, dejaría de ser un elemento que explique el no acceso geográfico a los mismos, mientras que su capacidad resolutive debería ser el eje de las nuevas propuestas.

En el Cuadro 5 se observa que en ocho estados se encuentran la mitad de esos hospitales. Esta concentración de nosocomios del sector (SSA, IMSS e ISSSTE) es muy alta en el Distrito Federal (55) y en los estados de México (52), Veracruz (42), Guanajuato (36), Michoacán (30), Puebla (28), Guerrero (26) y Jalisco (23). Por su parte, Nayarit, Zacatecas y Morelos son los estados con menor número de hospitales participantes en el convenio, con seis y cinco, respectivamente.

A fin de tener una nueva lectura, proponemos analizar esta información considerando el indicador de Densidad Hospitalaria (DH), que permite conocer el número de hospitales por 1 millón de mujeres de 15 a 49 años (Cuadro 6). A nivel nacional, este indicador es de 27 hospitales por un millón de mujeres en edad reproductiva. Los estados con mayor DH son Baja California Sur y Campeche, seguidos de Tlaxcala, Zacatecas, Oaxaca y Guerrero. Paradójicamente, estos cuatro últimos, tuvieron las TMM más altas del país en 2010 (Cuadro 3).

ⁱⁱⁱ Los municipios de la *Estrategia 100X100*, del estado de Chiapas contabilizaron 13 defunciones maternas, los municipios de Guerrero aportan 16 defunciones, los de Oaxaca, 14; los de Puebla, siete; los de Veracruz, cinco y los municipios de Mezquital, Durango y El Nayar de Nayarit, no aportaron defunciones.

^{iv} Se revisó el listado CLUES empleando la actualización de mayo de 2011 y se obtuvo el número de unidades de Consulta Externa por municipio; así como la relación de hospitales de la SSA, IMSS (régimen obligatorio) e ISSSTE, tomando en cuenta que esas unidades son las de carácter resolutivo y se consideran para los fines del Acuerdo Interinstitucional para la Atención de las Emergencias Obstétricas.

Cuadro 5

Muerte Materna, IDH y número de unidades de salud según entidad federativa de residencia habitual. Estados Unidos Mexicanos, 2010

Entidad	MM2010	TMM/mujeres de 15 a 49 años x 1,000,000	IDH estatal 2005	Unidades de Salud				
				CE SS	Hosp SS	Hosp IMSS	Hosp ISSSTE	Total Hospitales
Aguascalientes	10	36.6	Alto	53	5	2	1	8
Baja California	24	29.2	Alto	173	3	6	3	12
Baja California Sur	4	46.4	Alto	44	2	3	2	7
Campeche	8	43.1	Alto	84	7	2	2	11
Chiapas	69	84.1	Medio	548	15	3	4	22
Chihuahua	39	54.6	Alto	145	8	8	3	19
Coahuila de Zaragoza	24	44.3	Alto	117	8	9	4	21
Distrito Federal	76	31	Alto	276	26	20	9	55
Durango	15	48.6	Alto	112	5	3	2	10
Guanajuato	42	34.2	Alto	370	23	9	4	36
Guerrero	53	93.7	Medio	521	22	2	2	26
Hidalgo	29	85.1	Medio	227	6	3	2	11
Jalisco	48	39.2	Alto	191	13	8	2	23
Estado de México	119	35.1	Alto	622	35	15	3	53
Michoacán de Ocampo	49	65.1	Medio	210	15	7	8	30
Morelos	10	39.3	Alto	89	3	2	0	5
Nayarit	8	54.8	Alto	49	3	2	1	6
Nuevo León	14	13.6	Alto	168	3	7	2	12
Oaxaca	59	166.2	Medio	163	11	3	4	18
Puebla	58	67.7	Medio	227	20	4	4	28
Querétaro de Arteaga	13	31	Alto	134	4	2	1	7
Quintana Roo	13	41.2	Alto	149	6	4	2	12
San Luis Potosí	22	49.4	Alto	125	7	4	3	14
Sinaloa	18	30.1	Alto	151	11	6	3	20
Sonora	12	27.9	Alto	139	4	7	2	13
Tabasco	14	30.5	Medio	384	13	2	1	16
Tamaulipas	26	37.5	Alto	180	11	4	5	20
Tlaxcala	14	113.6	Alto	66	3	3	1	7
Veracruz de Ignacio de la Llave	78	66.4	Medio	292	24	12	6	42
Yucatán	12	39.9	Alto	37	5	4	1	10
Zacatecas	12	110.4	Alto	58	5	0	1	6
Total	992	46.3	Medio	6104	326	166	88	580

Fuentes: Plataforma de Muertes Maternas, SINAVE, DGE, Secretaría de Salud, 2011 y listado CLUES. Dirección General de Información en Salud (Consultado en <http://www.sinais.salud.gob.mx/>, actualización de mayo de 2011).

Esta nueva lectura nos lleva a cuestionar si la sola instalación y operación de hospitales es una respuesta frontal ante las defunciones maternas o si se requiere que la DH incluya la infraestructura y ésta sea acompañada siempre de personal calificado y de equipos e insumos básicos para la atención de las mujeres gestantes y de las complicaciones del embarazo, parto y puerperio. Aunado a estas condicionantes, se requerirán acciones para fortalecer el acceso social y cultural, con personal calificado para tal fin. Nuevo León puede ser ejemplo de lo anterior, pues la TMM fue la más baja en 2010 y, al mismo tiempo, se ubica la menor DH con sólo 11.7 hospitales por 1 millón de mujeres de 15 a 49 años.

Dentro de los 10 estados con menor TMM (Aguascalientes, Estado de México, Guanajuato, Distrito Federal, Querétaro de Arteaga, Tabasco, Sinaloa, Baja California, Sonora y Nuevo León), cinco de ellos (Estado de México, Distrito Federal, Querétaro de Arteaga, Baja California, y Nuevo León) tienen DH menor al promedio nacional y sólo Tabasco y Sonora tienen DH superior a 30 hospitales por 1 millón de mujeres de 15 a 49 años (Cuadro 6).

Cuadro 6

Muerte Materna, TMM y Densidad Hospitalaria* según entidad federativa de residencia habitual. Estados Unidos Mexicanos, 2010

Entidad federativa	MM 2010	TMM/ Mujeres de 15 a 49 años x 1 000 000	Mujeres 15 a 49 años, 2010	Total de Hospitales **	Densidad Hospitalaria (Número de hospitales por 1 millón de mujeres de 15 a 49 años)
Oaxaca	59	166.2	355 023	18	50.7
Tlaxcala	14	113.6	123 199	7	56.8
Zacatecas	12	110.4	108 655	6	55.2
Guerrero	53	93.7	565 583	26	46.0
Hidalgo	29	85.1	340 585	11	32.3
Chiapas	69	84.1	820 258	22	26.8
Puebla	58	67.7	856 565	28	32.7
Veracruz de Ignacio de la Llave	78	66.4	1 175 503	42	35.7
Michoacán de Ocampo	49	65.1	752 414	30	39.9
Nayarit	8	54.8	145 985	6	41.1
Chihuahua	39	54.6	714 900	19	26.6
San Luis Potosí	22	49.4	445 448	14	31.4
Durango	15	48.6	308 336	10	32.4
Baja California Sur	4	46.4	86 143	7	81.3
Coahuila de Zaragoza	24	44.3	541 719	21	38.8
Campeche	8	43.1	185 644	11	59.3
Quintana Roo	13	41.2	315 798	12	38.0
Yucatán	12	39.9	301 093	10	33.2
Morelos	10	39.3	254 541	5	19.6
Jalisco	48	39.2	1 223 167	23	18.8
Tamaulipas	26	37.5	693 456	20	28.8
Aguascalientes	10	36.6	273 570	8	29.2
Estado de México	119	35.1	3 386 181	53	15.7
Guanajuato	42	34.2	1 227 867	36	29.3
Distrito Federal	76	31.0	2 451 749	55	22.4
Querétaro de Arteaga	13	31.0	419 603	7	16.7
Tabasco	14	30.5	458 416	16	34.9
Sinaloa	18	30.1	598 088	20	33.4
Baja California	24	29.2	820 840	12	14.6
Sonora	12	27.9	429 850	13	30.2
Nuevo León	14	13.6	1 026 022	12	11.7
Total general	992	46.3	21 406 205	580	27.1

*En orden decreciente **Hospitales de la Secretaría de Salud, IMSS (régimen obligatorio) e ISSSTE

Fuentes: Plataforma de Muertes Maternas, SINAVE, DGE, Secretaría de Salud, 2011 y listado CLUES

Dirección General de Información en Salud, Consultado en www.sinais.salud.gob.mx/

Actualización de mayo de 2011 y estimaciones propias a partir de información del Censo 2010, INEGI 2011

Esta relación permite cuestionar la disponibilidad y accesibilidad de los hospitales, así como su capacidad de respuesta en términos de oportunidad y calidad de atención a la salud materna.

La ubicación de los hospitales y su DH en los municipios urbanos con alto IDH lleva a la necesidad de buscar nuevas explicaciones con otros perfiles de acción que respondan a las transiciones demográficas y epidemiológicas en las defunciones maternas. Se requieren respuestas con cambios profundos que garanticen acceso, disponibilidad de personal calificado e insumos, atención oportuna y calidad integral a las mujeres que habitan los espacios urbanos del país; todo ello, sin dejar de brindar atención integral y de alta calidad en los municipios menos poblados, rurales y con población indígena.

Conclusiones

Las conclusiones que aquí se ofrecen se desprenden no sólo de la revisión de los datos de distribución municipal de las defunciones maternas, contenidos en el Módulo de Muerte Materna del SINAVE, sino de la relación entre TMM, IDH y DH. Especialmente se propone usar de forma sistemática la TMM, debido a que incluye a las mujeres en edad reproductiva y establece el riesgo que éstas tienen de embarazarse y de morir por causas maternas.

Esta nueva lectura de la información de 2010, evidencia que México está experimentando una transición demográfica y epidemiológica de las defunciones maternas. Existe una concentración de éstas en municipios urbanos y de IDH alto y medio, en los que se cuenta con hospitales para la atención y resolución de las posibles complicaciones obstétricas.

Estas evidencias, permiten revisar y reinterpretar conceptos hasta hoy aceptados, especialmente aquel que asociaba la muerte materna directamente con la pobreza, bajos niveles de desarrollo social y lejanía de los centros de atención hospitalaria.

Ante la nueva realidad, es indispensable la revisión de políticas públicas en salud materna; se requiere de la diversificación de las estrategias, unas destinadas a los habitantes de municipios urbanos, y otras, reorientadas a municipios rurales, de bajo IDH y en situaciones de interculturalidad. Es necesaria la implementación de nuevas políticas nacionales que, siguiendo un modelo general, se adecuen a las realidades epidemiológicas y sociales de cada municipio.

Se recomienda que en las zonas metropolitanas se establezcan coordinaciones intermunicipales para la atención de la salud materna, especialmente para la identificación y vigilancia de las embarazadas, la vinculación con los hospitales para atención de los nacimientos y de las posibles complicaciones obstétricas y de las y los recién nacidos.

Para la operación de la atención integral se requiere que se apliquen acciones a nivel intermunicipal que tengan como objetivo la integración de redes de atención a la salud materna. Estas redes incluyen el cuidado desde la casa y en el centro de salud para la detección temprana del riesgo, el diagnóstico oportuno y la atención de las complicaciones, la estabilización de las urgencias y, finalmente, la referencia tempestiva a un hospital resolutivo con alta calidad técnica y humana.

La nueva lectura nos conduce a señalar que la atención a la salud materna debe ser un componente básico del desarrollo social integral, especialmente en las regiones de desarrollo económico.

Reiteramos que es necesario emplear indicadores que no se circunscriban a la incidencia de las defunciones maternas, sino aquellos que las ligan con el desarrollo social y la oferta institucional de atención hospitalaria.

Finalmente, en las condiciones de transición demográfica, urbano-metropolitanas y epidemiológicas, la salud materna es un reto renovado que incluye oportunidades de desarrollo y requiere de nuevas prácticas sociales e interés médico por la implantación de acciones preventivas e intervenciones resolutivas de las urgencias obstétricas y asimismo, de la participación de la comunidad en la construcción de futuras políticas públicas donde la **salud materna** sea el objetivo de la política pública, y la **muerte materna**, el indicador negativo de su falta de éxito.





Yessica Sánchez Rangel

Referencias bibliográficas

1. Freyermuth-Enciso G. Mortalidad materna. Inequidad institucional y desigualdad entre mujeres. México: CIESAS-CONVAL-CNDH; 2011.
2. Secretaría de Salud (SSA). Módulo de Mortalidad Materna del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE). México: DGE-SSA; 2011.
3. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Censo de Población y Vivienda 2010. México: INEGI; 2011.
4. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Índice de Desarrollo Humano Municipal en México 2000-2005. México: PNUD; 2008.
5. Delgado A, Morales HF, Ruiz C. Distribución Municipal de las defunciones maternas, República Mexicana 1998-2005. En: Freyermuth, G, Sesia, P. (Coords). La muerte materna. Acciones y estrategias hacia una maternidad segura. Serie evidencias y experiencias en salud sexual y reproductiva. Mujeres y hombres en el siglo XXI. México: Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México. Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social; 2009. p.183-190.
6. Cárdenas R. Indicadores selectos para la evaluación de las condiciones de salud. México: Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México; 2009.
7. Dirección General de Información en Salud-Secretaría de Salud. Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES). México: DGIS-SSA; c2010-2013 [actualización mayo de 2011; citado marzo 2013]. Disponible en www.sinais.salud.gob.mx/