REVISTA

CONAMED

ISSN 2007-932X

Volumen 21, Número 1, enero - marzo, 2016 Órgano de Difusión de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico

CONSULTORIOS ADYACENTES A FARMACIAS PRIVADAS (CAF) // FARMACOTERAPIA EN EXPEDIENTES CLÍNICOS // SATISFACCIÓN DE LA ATENCIÓN EN HOSPITAL DE TERCER NIVEL // SÍNDROME POSDEMANDA MÉDICO-LEGAL // DETERMINANTES SOCIALES EN LA MORTALIDAD MATERNA EN MÉXICO // ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD A PERSONAS EN CONDICIÓN DE VÍCTIMA // MEDIACIÓN EN EL DERECHO SANITARIO MEXICANO // SOBRE LA BIOÉTICA Y LA INDUSTRIA FARMACÉUTICA

Mitla 250 - Piso 8, esq. Eje 5 Sur (Eugenia), Col. Vértiz Narvarte, Deleg. Benito Juárez, C.P. 03020, Ciudad de México

gob.mx/conamed

MÉXICO

REVISTA CONAMED
ARTÍCULO DE REVISIÓN

Determinantes sociales en la Mortalidad Materna en México

Social factors of mother mortality in Mexico

Graciela Freyermuth Enciso[1]

RESUMEN. Este trabajo se centra en identificar, desde la perspectiva de los determinantes sociales, las desigualdades que prevalecen en la razón de mortalidad materna (MM) entre mexicanas. A través de registros administrativos como son los registros certificados del Subsistema de Información sobre Nacimientos y del Sistema Epidemiológico y Estadístico de las Defunciones, de las bases de datos del Consejo Nacional de la Política Social, y de los principales resultados demográficos por localidad del Instituto Nacional de Estadística y Geografía, se estimaron las razones de mortalidad materna de acuerdo a los ejes de análisis de interés. Los resultados arrojan la persistencia de brechas importantes entre mexicanas y muestran que las poblaciones vulnerables son invisibilizadas por los promedios nacionales: en los municipios con mayor analfabetismo, con hablantes de lengua indígena (HLI), menor Índice de Desarrollo Humano (IDH) y mayor grado de rezago social ocurren el menor número de nacimientos y de MM, aunque el riesgo de morir de las mujeres en estas situaciones es de cuatro hasta siete veces más que sus pares nacionales. Disminuir esta brecha implica esfuerzos importantes en la política pública de cara a los objetivos de desarrollo sustentable.

Palabras clave: determinantes sociales, mortalidad materna, población vulnerable.

ABSTRACT. This paper focuses on identifying, from a perspective of social determinants, prevailing inequalities as a reason for maternal deaths among Mexican women. Sources include administrative records, such as the certified records from the Sub-system of Information on Births, from the Epidemiological and Statistical System on Deaths, from data bases of the National Social Policy Counsel, and from the main demographic information by locality gathered by the National Institute of Statistics and Geography.

Results indicate a persistence of important gaps among Mexican women. They also demonstrate that vulnerable populations are rendered invisible by national averages: in municipalities with higher illiteracy, higher HLI, lower HDI, and a wider social gap, there is a less number of births and maternal deaths. The risk of death among women in these conditions is between four and seven times higher than their peers throughout the country. Closing this gap requires significant efforts in public policy aimed at achieving the objectives of sustainable development.

Keywords: social determinants, maternal mortality, vulnerable population.

[1] Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS)-Unidad Sureste, y Secretaria Técnica del Observatorio de Mortalidad Materna en México.

Correspondencia: Dra. Graciela Freyermuth Enciso. Profesora-investigadora del Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS)-Unidad Sureste, y Secretaria Técnica del Observatorio de Mortalidad Materna en México (OMM). Correo electrónico: gracielafreyermuth54@hotmail.com .

Folio 351/2016 Artículo recibido: 22/02/2016, aceptado: 11/02/2016

La perspectiva de los determinantes sociales provee de un enfoque poderoso de intervención en salud, ya que permiten identificar aquellos aspectos estructurales, institucionales y de características sociodemográficas que ocasionan las desigualdades y mayores probabilidades de morir.[1]

La mortalidad materna (MM) es uno de los indicadores que muestra, de manera muy evidente, las brechas entre mujeres de diferentes países, regiones y ámbitos locales, que son resultado de una distribución inequitativa de ingresos, recursos materiales y beneficios generados con las políticas públicas de los gobiernos. Por ello, identificar los determinantes sociales que repercuten directamente en la sobrevivencia de las mujeres y, por tanto, en la persistencia de las brechas en salud, es fundamental para la visibilización y actuación sobre la población vulnerable.

De manera natural, un análisis desde los determinantes sociales está referido a los derechos humanos en la medida en que las brechas e inequidades son resultado de la desigualdad entre ciudadanos y de la injusticia social; adicionalmente coloca a los gobiernos como responsables de proteger a las ciudadanas de muertes tempranas y evitables, en particular de muertes maternas.

La MM es el fallecimiento durante el embarazo, el parto y hasta 42 días después del parto. A las muertes por causas maternas que ocurren después de los 42 días y que están directamente relacionadas con el embarazo se les denomina muertes maternas tardías y no se contabilizan porque la Razón de mortalidad materna (RMM) se estima de acuerdo con la definición oficial de la Organización Mundial de la Salud definida como el número de MM en un determinado año y por cada 100 mil nacidos vivos registrados (NVR).[2]

En la Figura 1 colocamos los distintos niveles de los determinantes sociales: el estructural, el institucional y el de formas de vida o conductas en salud.

Figura 1. Niveles de análisis en los determinantes sociales y su interrelación.

Estos tres niveles están íntimamente relacionados, aunque los determinantes estructurales son constituyentes de las conductas en salud y la agencia de las personas para su negociación en los ámbitos institucionales y, por tanto, en el ejercicio del derecho a la salud.

Determinantes sociales estructurales

Los determinantes sociales estructurales son resultado de la violación reiterada y sistemática de los derechos humanos, como el acceso a la salud, vivienda, alimentación, educación, a un medio ambiente limpio y a la impartición de justicia.[1]

De acuerdo con las características descritas, esta violación puede considerarse institucionalizada, pues frente al rezago social, el analfabetismo y la carencia alimentaria, los gobiernos no establecen políticas exitosas que permitan remontar tales desigualdades. Dicho rezago determina un alcance limitado de los servicios de salud, lo que dificulta la sobrevivencia ocasionada por falta de acceso a estos servicios, la oportunidad de la atención o la negligencia durante una urgencia médica (Figura 2).

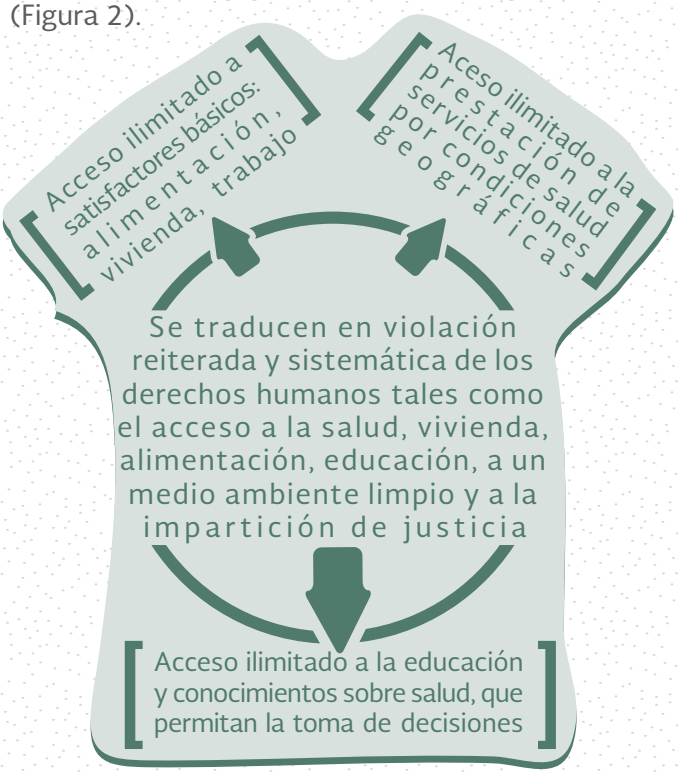

Figura 2. Determinantes sociales estructurales.

La sobrevivencia de las mujeres y su vulnerabilidad frente a una urgencia médica durante la maternidad dependerá de si habitan en una localidad alejada, en una cabecera municipal o en una ciudad, si tienen acceso a la escolarización y a servicios de salud, de calidad y competentes culturalmente. Este rezago estructura la

posición de la mujer y las conductas en torno a la salud y posibilitará la búsqueda de atención en el lugar adecuado, que pueda otorgar con oportunidad la atención de calidad en casos de emergencias médicas.

Aunque es un hecho que cualquier mujer puede estar en riesgo de morir durante el embarazo, parto y postparto, en 2013, 72% de las muertes correspondió a causas directas (aborto, enfermedades hipertensivas del embarazo, trauma obstétrico, hemorragia y sepsis), evitables con los recursos tecnológicos y el desarrollo médico disponibles. Se considera una muerte evitable a aquélla que por la tecnología médica existente y el avance de la ciencia no debía suceder o podía ser prevenida.

En un estudio realizado por Freyermuth y Luna (2014)[3] se pudo reconocer que en términos absolutos, durante los periodos 2002-2006 y 2007-2011 el número de defunciones maternas evitables se redujo a nivel nacional, pasando de 5,257 a 4,046 respectivamente, que representan 83.9 y 75.1% de las defunciones maternas para cada periodo analizado.

Sin embargo, las brechas existentes entre entidades federativas en México pueden apreciarse a través de la estimación de las MM evitables en exceso que da cuenta de las diferencias que presentan estados como Guerrero, Chiapas y Oaxaca[Δ] con 74.5, 69 y 64% de muertes evitables en exceso, frente a Colima, Sinaloa o Nuevo León, con las menores tasas de MM por causas evitables, por lo que se consideran como estándares de oro, es decir, que reflejan las mejores condiciones de atención en el caso de México y son el referente de comparación. Figura 3.[3-7]

Uno de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) al que México no podrá dar cumplimiento es el 5 (Reducción de la muerte materna en México para 2015): para 2013 y según las últimas cifras oficiales, el avance logrado era de 56% en el ámbito nacional y solamente tres entidades federativas habían cumplido la meta (Oaxaca, Tlaxcala y Puebla), nueve estados tuvieron entre una y nueve MM por 100 mil NVR, arriba de la meta comprometida, y el resto tuvo más de diez fallecimientos por 100 mil NVR.

Lo cierto es que una entidad puede estar en cumplimiento en un año y al siguiente no estarlo, es decir, el fenómeno tiene gran variabilidad y ha sido posible una disminución consistente principalmente en aquellos estados en donde la RMM en 1990 era de más de 100, como por ejemplo Oaxaca con una RMM de 175,

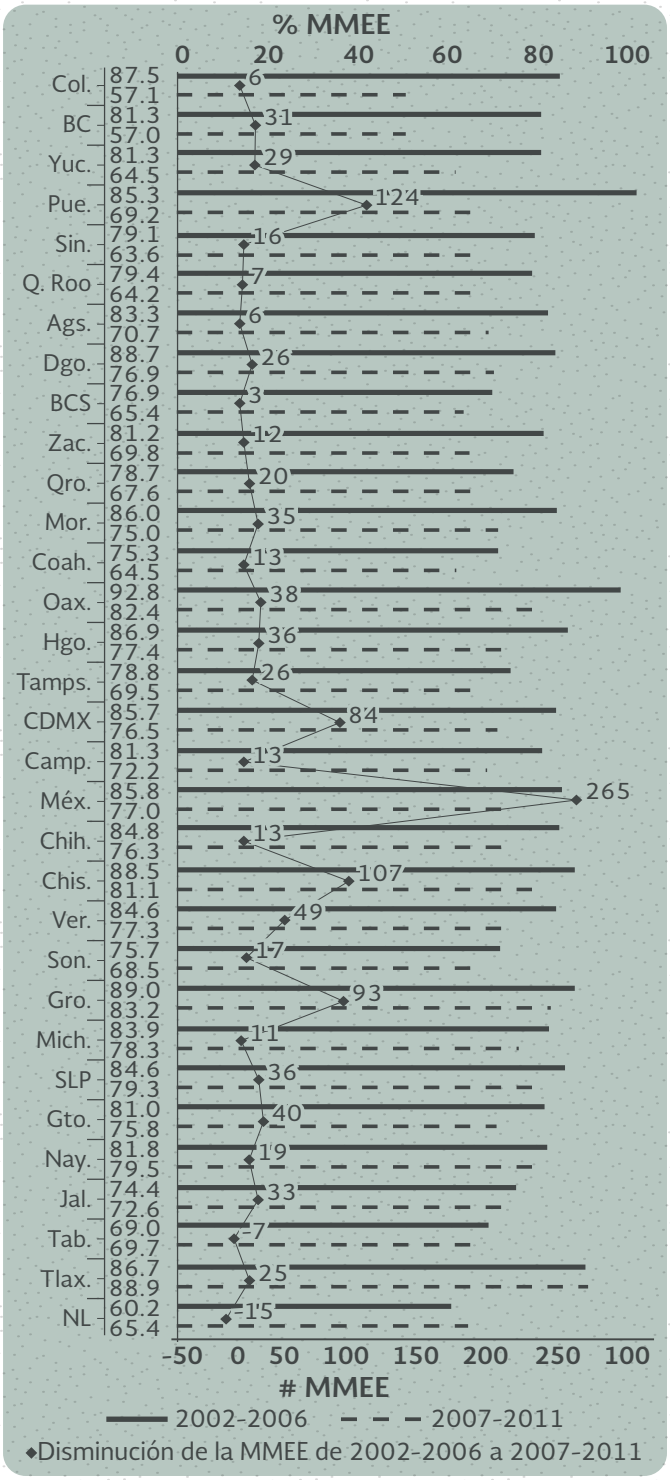

Figura 3. Porcentaje de muertes maternas evitables en exceso (MMEE) en relación con el total de muertes maternas totales para los periodos 2002-2006 y 2007-2011, y número de MMEE que disminuyeron del periodo 2002-2006 al 2007-2011, según residencia habitual de la mujer. Fuente: Freyermuth G, Luna M; 2013 y Base de datos sobre defunciones, Sistema Nacional de Información en Salud en México (SINAIS)/Secretaría de Salud (SSA): http://www.sinais.salud.gob.mx/basesdedatos/index.html#defunciones.

[Δ] La MM se encuentra en la lista de otras 48 causas que potencialmente podrían ser evitables. La evitabilidad en exceso se considera a partir de la identificación de las brechas existentes tomando en cuenta las muertes evitables y su ocurrencia en relación con los mejores estándares en el país, alcanzado para la atención de las complicaciones maternas y, por tanto, de la prevención de muerte materna (Franco-Marina FR et al; 2006).

Tlaxcala con 127 y Puebla con 123. Inclusive, podemos reconocer las dificultades en el cumplimiento de la meta en aquellas entidades que, para 1990, tenían las menores RMM estimadas, como Coahuila con 12, Aguascalientes con 23, Sinaloa con 27, Quintana Roo con 34 y Baja California Sur con 34.

Si analizamos el comportamiento de las entidades federativas con mayores y menores RMM, podemos reconocer que seis de ellas tienen una RMM de más de 50: Campeche, Chihuahua, Guerrero, Chiapas, Yucatán y Oaxaca [con excepción de Oaxaca que ha disminuido su RMM de acuerdo con lo esperado en 2013 (Figura 4)], y presentan un rezago de 46, 28, 30, 17 y 29 fallecimientos más por cada 100 mil NVR respectivamente. Colima, Jalisco y Nuevo León presentan una RMM más pequeña, de menos de 23 y tienen rezagos de 8.3, 5.4 y 2.3 respectivamente.

	Entidad Federativa	RMM ODM 2013	RMM 2013	Brecha entre RMM y RMM ODM 2013
	Nacional	27.5	38.2	10.7
De -16 a 2	Tlax.	39.3	23.2	-16.1
	Pue.	38.2	31.8	-6.4
	Oax.	54.3	50.4	-3.9
	Méx.	34.9	36.1	1.2
	Hgo.	36.2	37.5	1.3
De 2 a 5	NL	12.4	14.8	2.3
	SLP	29.0	31.8	2.8
De 5 a 46	Jal.	17.0	22.4	5.4
	Ver.	40.0	46.4	6.4
	Gto.	28.5	34.9	6.4
	Col.	14.2	22.5	8.3
	CDMX	32.5	41.9	9.4
	Qro.	23.0	35.0	12.0
	Tab.	14.3	27.4	13.1
	Mor.	28.3	44.5	16.2
	Chis.	37.6	54.8	17.2
	Nay.	18.0	36.1	18.1
	Dgo.	22.9	41.2	18.3
	Sin.	8.3	26.7	18.4
	Ags.	7.1	25.7	18.6
	Mich.	15.2	36.7	21.5
	BCS	10.5	32.1	21.6
	Coah.	3.8	27.0	23.2
	BC	16.4	42.3	25.9
	Son.	13.6	40.2	26.6
	Zac.	16.8	44.2	27.4
	Chih.	32.0	59.8	27.8
	Yuc.	21.5	50.8	29.3
	Gro.	29.2	59.4	30.2
	Tamps.	10.6	41.7	31.1
	Q. Roo	10.5	46.2	35.7
	Camp.	19.4	65.4	46.0

Figura 4. Brechas entre las RMM 2013 y las RMM 2013 meta del ODM 5. México, 2015. Fuente: SSA, DGIS, RMM 2013 y ODM 5, Meta 5a: Reducir, entre 1990 y 2015, la MM en tres cuartas partes.

Colima tuvo seis MM en 1990 y 15 en 1991, es decir que en un año incrementó su RMM a más del doble; para 2013 había tenido tres MM y es el único estado que en un año no presentó MM (2010); sin embargo, está lejos de cumplir con su meta. Por ello, a las metas hay que verlas con cautela, sobre todo si reconocemos que los escenarios en el país han cambiado en los últimos 23 años, lo que no necesariamente implica bienestar. Figura 5.

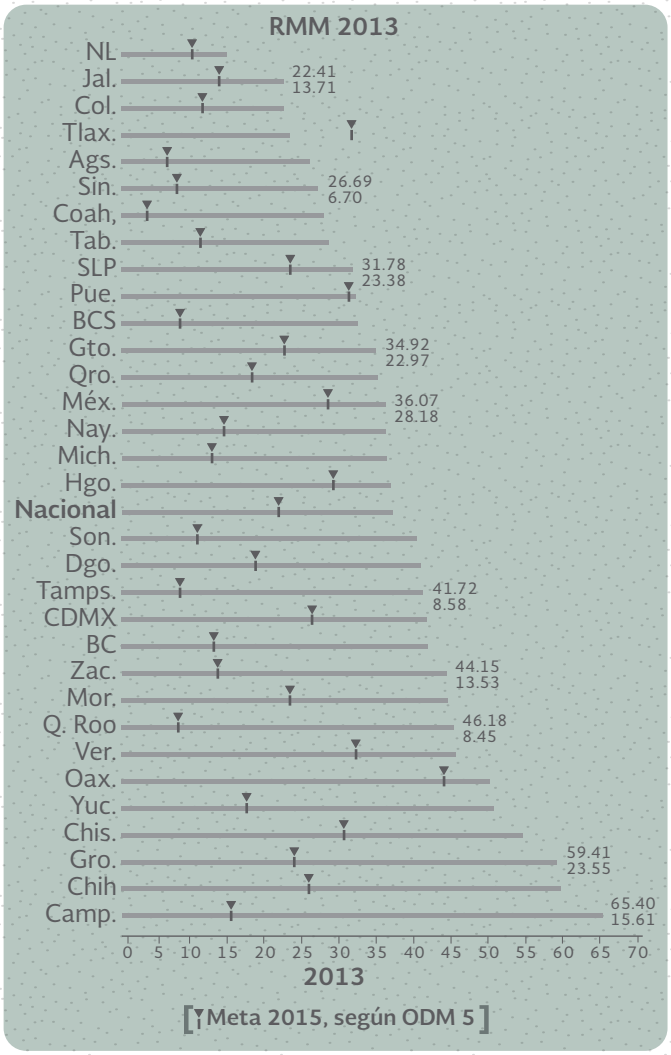

Figura 5. RMM por entidad en 2013 y meta ODM 2015. Fuente: ODM, indicador 5: Mejorar la salud materna: http://www.objetivosdedesarrollodelmilenio.org.mx/ (Consultado: 15 de enero, 2015).

Es así que prácticamente ningún estado ha mantenido una baja de manera consistente a lo largo de estos 23 años. Al ser un fenómeno poco frecuente una MM en un estado como Colima con pocos nacimientos, tiene como resultado un incremento importante de la RMM, por lo que puede ser un indicador sensible a lo que ocurre en la población y sobre todo a las brechas entre las mujeres mexicanas.

La MM está considerada como una de las metas en el Post ODM 15 en el Objetivo 3: Asegurar una vida saludable y promover el bienestar en todos los grupos de edad. La meta para 2030 es que todos los países hayan reducido la MM al menos en 70 por 100 mil NVR. En México, el avance logrado en 2013 fue de 56% de disminución de la RMM, 19% arriba de la meta planteada para 2015; sin embargo, en 2013 ninguna entidad federativa tenía una RMM de 70, el estado con la RMM más elevada fue Campeche con 65.4 con 11 fallecimientos y Tlaxcala, Oaxaca y Veracruz habían llegado a su meta a fin de cumplir con el ODM5 para 2015, ya en 2013, y las entidades que en la última década han servido como estándares de oro a inicios del siglo XXI son Colima, Nuevo León, Coahuila y Sinaloa; todas ellas para 2013 habían incrementado su RMM. Es así que teóricamente en México se ha cumplido con la meta esperada en el Post ODM 15.

De cara a los nuevos acuerdos internacionales y las nuevas Metas del Milenio después de 2015, tendríamos que ver cuál es la población más vulnerable y por tanto en la que debemos enfocar nuestros esfuerzos, poblaciones que presentan RMM mayores de 70 fallecimientos por 100 NVR, lo que implica mejorar sus condiciones de salud.

El acceso desigual se manifiesta en las brechas

Identificando brechas estructurales a través de indicadores sintéticos

Los dos indicadores sintéticos que nos muestran de mejor manera las inequidades entre mexicanas son el índice de rezago social y el índice de desarrollo humano (IDH) que clasifica a los municipios a través de varios rezagos sociales.[8]

Al analizar la MM en los municipios clasificados por el *Índice de rezago social 2010 a nivel municipal y por localidad* publicado por CONEVAL,[9] se encontró que su RMM es de **143** (en estos municipios ocurren casi 33 mil nacimientos), evidenciando las mayores brechas entre mexicanas: la diferencia entre el riesgo de morir en mujeres que habitan en municipios con muy alto rezago social en comparación con aquéllas que viven en municipios de bajo rezago social (RMM 34.22) es de más de cuatro veces (Figura 6). Este índice agrega variables de educación, de acceso a servicios de salud, de servicios básicos en la vivienda, de calidad y espacios en la misma, y de activos en el hogar.

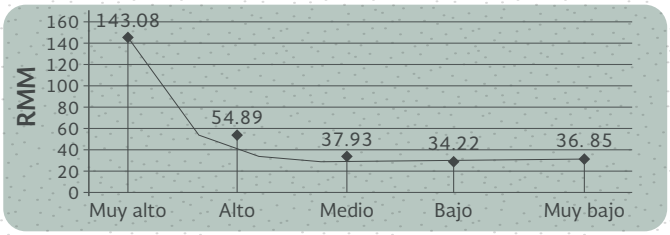

Figura 6. RMM y municipios con rezago social, México 2013. Fuente: Bases de datos: Muertes maternas, Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI)/SSA, 2013, SINAC, 2013 y CONAPO, 2010.

Para 2013, las mujeres que vivían en los 100 municipios con menor IDH (PNUD, s/f)[5] del país y en donde ocurrieron solamente 20,370 nacimientos tenían más de casi cinco veces el riesgo de fallecer durante la maternidad (RMM 181.64) que el de mexicanas que vivían en los 50 municipios con el mayor IDH (RMM 33.1). Este indicador incluye tres subíndices: **salud** a través de la expectativa de vida; **ingresos**, que incluye el Producto Interno Bruto por habitante; y **educación**, que considera la tasa de alfabetización de adultos y el promedio de años de escolaridad.

Otro indicador sintético es la **pobreza extrema**: en municipios con más de 40% de pobreza extrema la RMM es de **74** y ocurren alrededor de 165 mil nacimientos. Los municipios en situación de pobreza extrema son definidos por el Coneval en su reporte *Medición de la pobreza*[10] como aquéllos en los que su población presenta tres carencias o más de las seis posibles y que además esté debajo de la línea de bienestar mínimo, que se mide a través del ingreso. Para 2013, los municipios con más de 40% de pobreza extrema tuvieron una RMM de dos veces más que aquéllos que padecían 20% de pobreza extrema, con una RMM de 36.7. Figura 7.

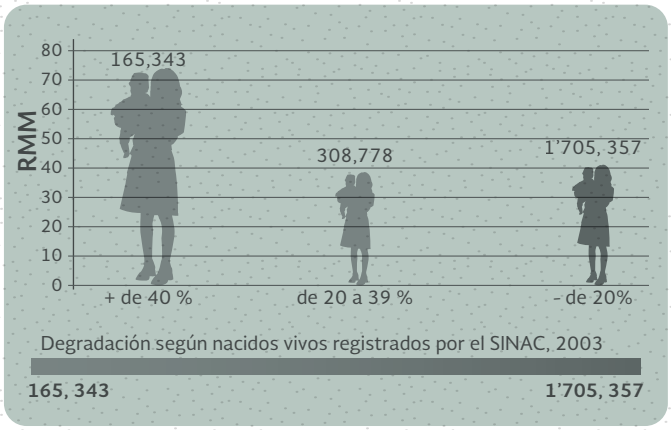

Figura 7. RMM y municipios con pobreza extrema, México 2013. Fuente: Bases de datos: Muertes maternas, INEGI/SSA, 2013, por el Subsistema de Información sobre Nacimientos (SINAC), 2013 y Coneval, 2010.

Comparando municipios con distintos grados de analfabetismo encontramos una RMM de 69 en municipios con 15% y más de analfabetismo en mayores de 14 años de edad y donde ocurren poco más de 157 mil nacimientos, lo que implica un riesgo de morir de poco menos de dos veces más que en aquéllos con menos de 5% de analfabetismo (RMM 36.3). Es así que vivir en condiciones de analfabetismo determina menores posibilidades de sobrevivencia.

Las brechas que existen entre población indígena y no indígena, aunque se han venido acortando, todavía persisten: 11% de las MM que ocurrieron en el país fue de mujeres hablantes de lengua indígena (HLI), pero en estados como Chiapas se incrementa a 42% (OMM:

Numeralia 2013, 2015:19)[11]. La RMM es de **85** en municipios con 70% y más de HLI pero el número de nacimientos en estos municipios es de casi 58 mil (SINAC, 2013), población que vive dispersa y en localidades con pocos habitantes (Figura 8); a diferencia de municipios con menos de 40%, que tienen más de dos millones de nacimientos con una RMM de **37.1**.[6]

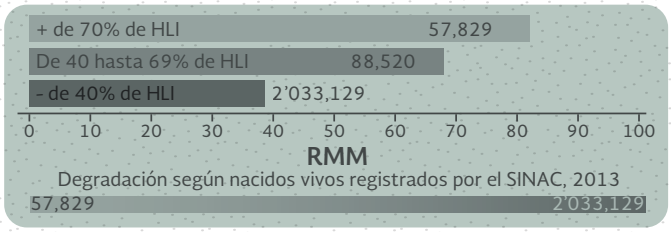

Figura 8. RMM y municipios HLI, México, 2013. Fuente: Bases de datos: Muertes maternas, INEGI/SSA, 2013, SINAC, 2013 e INEGI, Censo de población y vivienda 2010.

Estas desigualdades se pueden remontar o no, a través de acciones más equitativas del gobierno. En las gráficas anteriores se pudo reconocer que los nacimientos son de menor cuantía en lugares donde la población vive en condiciones de vulnerabilidad, por lo que con relativamente pocos fallecimientos se tienen RMM más elevadas y por ello son invisibilizadas en las estadísticas oficiales.

Es así que, a pesar de las políticas públicas encaminadas a disminuir estas brechas, son los funcionarios quienes priorizan y por tanto impiden o no logran remontar estas desigualdades, ya sea porque la aplicación misma de las políticas excluye a una parte de la población más desfavorecida, se minimiza la importancia del problema o se encubren a través de promedios o estadísticas *ad hoc*. (Figura 9) Por ejemplo, en la siguiente figura se puede reconocer la priorización del gobierno a través de la *Cruzada contra el hambre* en 400 municipios, donde la RMM (42) es ligeramente superior (38) a la nacional (Figura 10).

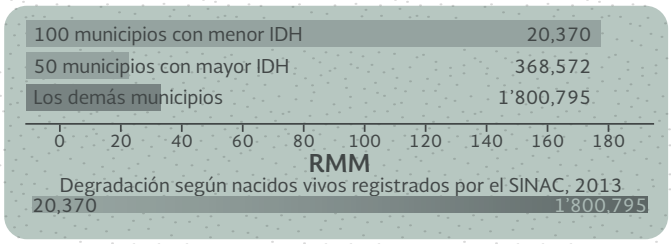

Figura 9. RMM y municipios según IDH, México 2013. Fuente: Bases de datos: Muertes maternas, INEGI/SSA, 2013 y SINAC, 2013.

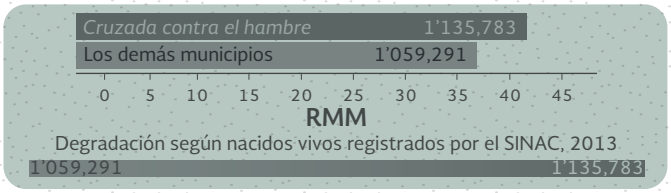

Figura 10. RMM y los 400 municipios de la Cruzada contra el hambre, México 2013. Fuente: Bases de datos: Muertes maternas, INEGI/SSA 2013 y SINAC, 2013.

Brechas institucionales

Una acción institucional fundamental para la disminución de la MM es el acceso a los servicios de salud. Su peso se puede reconocer ya que los dos indicadores sintéticos que mostraron las brechas más profundas en las RMM entre mexicanas, incluyen entre sus variables el acceso a servicios de salud o la expectativa de vida. Contamos con dos variables en las bases de mortalidad del INEGI y la DGIS,[5-7, 11] que incluyen a los servicios de salud: la primera es el lugar de ocurrencia de la muerte, esto no significa que las mujeres fallecen en lugares a los que arribaron al inicio de su padecimiento, ni tampoco que fue una sola institución la que ofreció los servicios en los distintos niveles de atención, tampoco quiere decir que estas mujeres no habían buscado atención antes de morir. Por ejemplo, en el sitio de ocurrencia del fallecimiento hay dos variables denominadas "Otro lugar" y "En la vía pública", en la base de 2013 en estos dos sitios ocurrieron 34 fallecimientos y, de éstos, 18 habían estado en contacto con los servicios de salud y muy probablemente fallecieron en el traslado de una unidad médica a otra. Por ello se han elegido no solamente el "Lugar de ocurrencia de la defunción" sino el "Tipo de afiliación de la fallecida" a fin de reconocer cuáles son las mujeres que pueden estar más en riesgo de morir por su pertenencia a una particular área de influencia.

En el siguiente esquema podemos reconocer el riesgo de morir que tienen las mujeres durante la maternidad, al margen de y en los servicios de salud. El tamaño de cada cuadro nos señala la dimensión de la RMM y el color indica el número de nacimientos, que es menor "En la vía pública", "Otro lugar" y "En el hogar" y la RMM es mucho más grande en comparación con la de las instituciones públicas de salud, donde ocurre el mayor número de nacimientos y un número absoluto mayor de muertes (Figura 11).

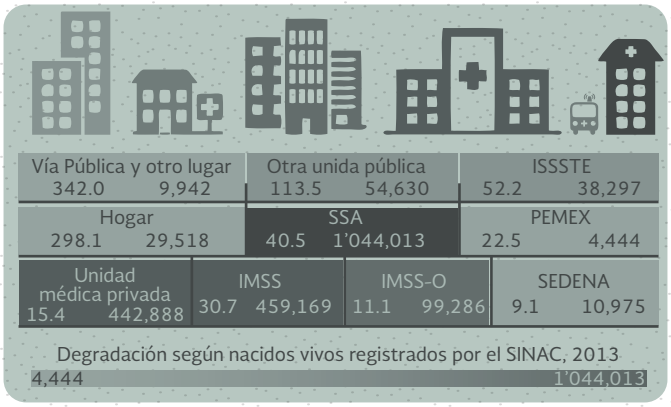

Figura 11. México. RMM y sitios de ocurrencia, 2013. SSA: Secretaría de Salud, IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social, ISSSTE: Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, PEMEX: Petróleos Mexicanos, SEDENA: Secretaría de la Defensa Nacional, IMSS-O: IMSS-Programa Oportunidades. Fuente: Información de las bases de datos: Muertes maternas, INEGI/SSA 2013 y SINAC, 2013.

En orden de importancia, por su RMM en el lugar de ocurrencia está la Secretaría de Marina sin MM para 2013, la SEDENA con una RMM de 9.1, el IMSS-O con 11.08, PEMEX con 22.5, el IMSS con 30.7, la SSA con 40.5, el ISSSTE con 52.2, el "Hogar" con 298 y la "Vía pública" y "Otro lugar" con 342; como señalamos, "Vía pública" y "Otro lugar" incluyen los fallecimientos que ocurren en los traslados entre unidades médicas.

Si el análisis se realiza por afiliación a los servicios públicos de salud, independientemente del lugar de ocurrencia de la defunción, el IMSS-O tiene una RMM mayor a pesar de que el número de muertes en sus unidades es pequeño (11) ya que 50 de sus afiliadas fallecieron en otras instituciones de salud, es decir dadas las características de la prestación del servicio de esta institución, las mujeres afiliadas son trasladadas al IMSS que cuenta con mayor infraestructura o a los Servicios Estatales de Salud. En el caso del Seguro Popular se pudo ver que en la RMM el número de afiliadas y el número de fallecidas es muy similar, y aunque en números absolutos es grande -casi de la mitad del total de fallecimientos-, el número de nacimientos constituye la mitad de los NVR a nivel nacional (Figura 12).

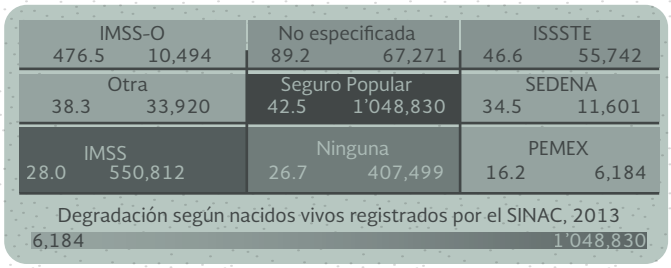

Figura 12. RMM y afiliación en salud, México 2013. Fuente: Bases de datos: Muertes maternas, INEGI/SSA 2013 y SINAC, 2013.

Aunque el trabajo remunerado y no remunerado no marca una diferencia importante en la ocurrencia de las MM ya que las RMM son 52 y 36 respectivamente, sí existe diferencia en el número de nacimientos. Se esperaría que las mujeres trabajadoras tuvieran mayor protección durante una urgencia obstétrica frente a las no trabajadoras, en la medida que deberían contar con seguridad social o protección a la salud y sus redes de apoyo deberían de ser más amplias (Figura 13). Sin embargo el riesgo de morir es mayor cuando las mujeres tienen un trabajo formal. A partir de este resultado debiera considerarse un estudio a profundidad que dilucidase qué está ocurriendo con las mujeres trabajadoras que se embarazan.

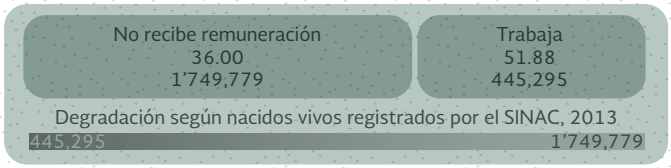

Figura 13. RMM y afiliación en salud, México 2013. Fuente: Bases de datos: Muertes maternas, INEGI/SSA 2013 y SINAC, 2013.

Brechas por características de las personas

Un nivel que está determinado por los ámbitos estructural e institucional son las formas de vida, que modelan las conductas en salud y que, aunado a la posición genérica, étnica y generacional llevan a la internalización por parte de algunas mujeres, de su condición de subordinación: cuando se dan estas condiciones, las complicaciones maternas evidencian una limitada capacidad para tomar decisiones en diversos ámbitos como la familia, la comunidad o las instituciones gubernamentales, o para exigir el cumplimiento de sus derechos.

Una característica como el estado conyugal da cuenta de los riesgos diferenciales de morir: las viudas, separadas y divorciadas tienen una RMM de 162, mayor que quienes viven en unión libre (RMM de 37) o casadas (34) e inclusive que las solteras (RMM de 62). Se puede suponer que las solteras siguen conservando sus redes de apoyo frente a aquéllas que han dejado la familia de origen para constituir una propia, como es el caso de las divorciadas y de las separadas (Figura 14).

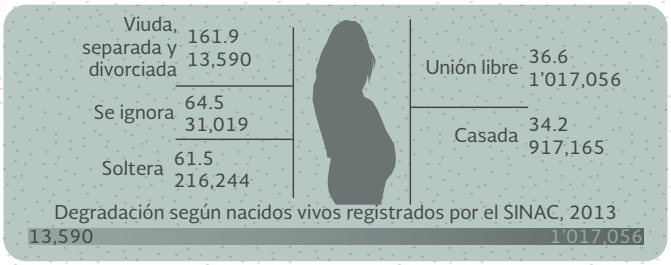

Figura 14. México. RMM y estado conyugal, 2013. Fuente: Información de las bases de datos: Muertes maternas, INEGI/SSA, 2013 y SINAC, 2013.

Por grupos de edad, es evidente que las mayores de 40 años tienen mayor riesgo de morir inclusive que las menores de 19 años y los grupos de 35 a 39 y menores de 14 años presentan un riesgo similar; en todos estos grupos el número de nacimientos es menos frecuente. Así, aunque el mayor número de muertes se da entre los grupos de 20 a 34 años, en éstos también se presenta un número mayor de nacimientos (Figura 15).

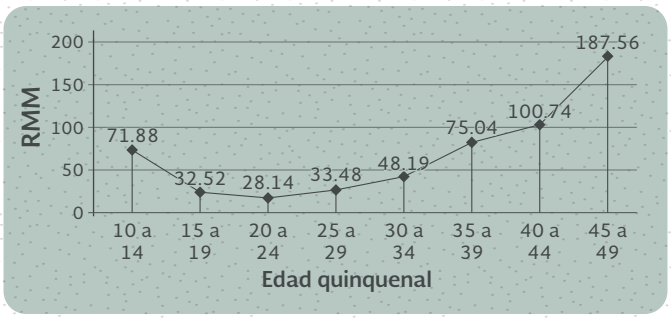

Figura 15. México. RMM y edad quinquenal, 2013. Fuente: Información de las bases de datos: Muertes maternas, INEGI/SSA, 2013 y SINAC, 2013.

Las mujeres con menor escolaridad continúan siendo las más vulnerables. Las RMM más elevadas se presentan en mujeres sin escolaridad frente a las que tienen posgrado, con diferencia de siete veces entre estos dos tipos de mujeres (Figura 16).[5-7]

Figura 16. México. RMM y escolaridad, 2013. Fuente: Información de las bases de datos: Muertes maternas, INEGI/SSA, 2013 y SINAC, 2013.

Conclusiones

El análisis de los determinantes sociales muestra que las poblaciones vulnerables son invisibilizadas por los promedios nacionales: en los municipios con mayor analfabetismo, HLI, menor IDH y mayor grado de rezago social ocurren el menor número de nacimientos y de MM, aunque el riesgo de morir de las mujeres en estas situaciones es de cuatro hasta siete veces más que sus pares nacionales. Disminuir esta brecha implica esfuerzos importantes en la política pública.

De la misma manera, determinantes sociales que involucran características sociodemográficas como tener más de 35 o menos de 15 años, ser viuda o separada y sin escolaridad o con primaria incompleta, significan un riesgo importante de morir si se presenta una urgencia obstétrica pero, al igual que en los determinantes estructurales, estas mujeres son una minoría.

Los determinantes sociales pueden apuntar las prioridades en la próxima agenda Post 2015 de los ODM, ya que los esfuerzos se focalizarán en países, regiones o municipios con una RMM de 100 o mayor.

En México estos esfuerzos deberán focalizarse en:

- Municipios con 40% de pobreza extrema
- Municipios con más de 15% de analfabetismo
- Municipios con 70% o más de HLI
- Los 100 municipios con menor IDH
- Los municipios de muy alto grado de marginación
- Fortalecimiento de otras unidades públicas y del IMSS-O
- Mejora del acceso a los servicios de salud, evitando los partos fortuitos en el hogar, vía pública y otros lugares
- Acciones específicas en menores de 19 y mayores de 39 años
- Mujeres sin escolaridad o primaria solamente
- Viudas, separadas y/o divorciadas.

REFERENCIAS

1. Jones CP. Levels of Racism: A Theoretic Framework and a Gardener´s Tale. Am J Publ Health 2000; 90 (8): 1212-5.

2. Observatorio de Mortalidad Materna en México. Numeralia 2013. México: OMM; 2015. [acceso 2014.03-15] Disponible en: http://omm.org.mx/omm/images/stories/Documentos%20grandes/Numeralia%202013,%20OPS%20FINAL%20marzo%2030,%202015.pdf

3. Freyermuth G, Luna M. Muerte materna y muertes evitables en exceso. Propuesta metodológica para evaluar la política pública en salud. Rev Intern Estad Geo 2014; 5 (3): 44-61.

4. Franco-Marina F, Lozano R, Villa B, Soliz P. La Mortalidad Materna en México, 2000-2004. Muertes evitables: magnitud, distribución y tendencias. México: Dirección General de Información en Salud (DGIS), SSA; 2006. 347 p. [acceso 2014-03-15] Disponible en: http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/ DOCSAL7820.pdf

5. Dirección General de Información en Salud (DGIS). Base de datos Muertes maternas INEGI/SS, 2002-2013 [en línea]: Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS). [acceso 2015-02-10] Disponible en: http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/BD_Cubos.html

6. Dirección General de Información en Salud (DGIS). Base de datos del Subsistema de Información sobre Nacimientos (SINAC), 2013, [en línea]: Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS). [acceso 2015-04-15] Disponible en: http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/BD_Cubos.html

7. Dirección General de Información en Salud (DGIS). Base del Subsistema epidemiológico y estadístico de defunciones (SEED), 2013 [en línea]: Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS). [acceso 2015-04-15] Disponible en: http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/BD_Cubos.html

8. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL). Índice de Rezago Social 2010 a nivel municipal y por localidad. [acceso 2015-09-10] Disponible en: http://www.coneval.gob.mx/Medicion/IRS/Paginas/%C3%8Dndice-de-Rezago-social-2010.aspx

9. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. El Índice de Desarrollo Humano. [acceso 2015-09-10] Disponible en: http://hdr.undp.org/es/content/el-%C3%ADndice-de-desarrollo-humano-idh

10. CONEVAL. Glosario: Medición de la pobreza. [acceso 2015-09-10] Disponible en: http://www.coneval.gob.mx/Medicion/Paginas/Glosario.aspx

11. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Sistema de integración territorial (ITER) [en línea]. Censo de población y vivienda 2010. [acceso 2015-03-15] Disponible en: http://www3.inegi.org.mx/sistemas/iter/default.aspx?ev=5

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

CONAMED
COMISIÓN NACIONAL DE ARBITRAJE MÉDICO

SIMPOSIO CONAMED 2016

A 20 AÑOS DEL ARBITRAJE MÉDICO, RUMBO E IMPULSO PARA EL EJERCICIO PLENO DEL DERECHO A LA SALUD

JUNIO 6 Y 7 DE 2016

Auditorio número 1 de la Unidad de Congresos
del Centro Médico Nacional Siglo XXI del Instituto Mexicano del Seguro Social,
Cuauhtémoc No. 330, Colonia Doctores, Delegación Cuauhtémoc, Ciudad de México, C.P. 06720

SE ENTREGARÁ CONSTANCIA DE PARTICIPACIÓN