

Mortalidad materna: Una tragedia evitable*

MARÍA DEL CARMEN ELU,^a ELSA SANTOS PRUNEDA^b

RESUMEN

Las muertes maternas constituyen un grave problema de salud pública que puede evitarse. Se calcula que ocurren alrededor de 600 mil anualmente en el mundo, en su gran mayoría en los países "en desarrollo", donde el riesgo de las mujeres a morir por causas maternas es de una en 48, frente a una en 1,800 en los desarrollados. Las inmensas variaciones en las tasas de mortalidad materna (TMM) entre los países, e incluso a su interior, muestran su intrínseca vinculación con la pobreza. Pobreza que priva a grandes sectores de población del acceso a los mínimos satisfactorios que todo ser humano necesita para sobrevivir y desarrollar sus capacidades.

Estudios realizados muestran, sin embargo, cómo en las muertes maternas los efectos de la pobreza se ven potencializados por factores socioculturales que, generalmente, no son previstos ni tomados en cuenta al diseñar e instrumentar los programas de salud. De ahí la reiterada insistencia de la Organización Mundial de la Salud en que el abatimiento de esas muertes exige "ir más allá" de sus "causas inmediatas", a fin de identificar y modificar los factores que las generan, entre los cuales destacan los socioculturales.

Dentro de un contexto global, el presente artículo se enfoca, particularmente, a la relación de las muertes maternas con dichos factores, al mismo tiempo que subraya la inaplazable necesidad de poner en marcha estrategias intersectoriales que las eviten y las condiciones para lograrlo.

PALABRAS GUÍA: *Mortalidad materna, factores sociales, pobreza, género.*

* Trabajo presentado en el Simposium: "Mujer y Salud", 19 y 20 de marzo de 2003. Programa Mujer y Salud de la SSA y el Instituto Nacional de Perinatología.

^a Secretaria Técnica. Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México.

^b Coordinadora de Proyectos. Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México

Correspondencia:

Dra. María del Carmen Elu. Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México. Cuauhtémoc 176, Col. Tepepan Xochimilco, C.P. 16020, México, D.F. Teléfono 56-76-44-39.
Correo electrónico: carmenelu@yahoo.com.mx

Recibido: 17 de julio de 2003

Aceptado: 18 de noviembre de 2003

INTRODUCCIÓN

Las muertes maternas no son eventos aislados. Constituyen una verdadera tragedia de salud pública vistas tanto cualitativa como cuantitativamente, y como tal deben ser enfrentadas. Alrededor de 600 mil mujeres fallecen anualmente en el mundo por causas maternas. Datos del año 2001 señalan que entre 20,000 y 30,000 ocurrieron en América Latina y el Caribe¹ y 1,253 en México. Si bien en las décadas pasadas se observó una tendencia decreciente en la tasa de mortalidad materna en nuestro país, en los últimos 12 años se ha mantenido relativamente estable.²

Estas muertes son altamente preocupantes, más aún porque conforme a la Organización Mundial de la Salud (OMS), la gran mayoría de ellas es evitable con los recursos que dispone actualmente la medicina y el grado de desarrollo de nuestro país. La tragedia se agrava aún más por el número de mujeres que padecen secuelas. Así, por cada muerte materna acaecida, la OMS estima que entre 30 y 100 mujeres quedan, en menor o mayor grado discapacitadas, las cuales en su gran mayoría, no reciben ningún tipo de atención. Es decir, además del número de muertes, anualmente 50 millones de mujeres se ven afectadas por las secuelas derivadas de la morbilidad materna. Esta morbilidad es prolongada y a menudo debilitante cuando menos para 15 millones de ellas.³

MORTALIDAD MATERNA: DEFINICIÓN Y TASA (RAZÓN)

La OMS (1992) definió a la mortalidad materna como “la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días después de la terminación del embarazo, independientemente de la duración y lugar del mismo, producida por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo o su manejo, pero no por causas accidentales o incidentales”.⁴

Esta definición se considera limitada, ya que no permite identificar la real dimensión de la mortalidad materna. Por un lado, excluye los suicidios y los homicidios en mujeres adolescentes cuyo detonador es, en muchos casos,

precisamente el embarazo. Por el otro, deja fuera los fallecimientos posteriores a los 42 días. Para tratar de superar este último aspecto, en forma paralela a la anterior definición, se ha empezado a utilizar el lapso de 11 meses, denominando a las defunciones que ocurren en este periodo, como: “muertes maternas tardías”.

Los errores en la estimación real de la mortalidad materna parten del llenado incorrecto de los certificados de defunción: ya sea porque el personal de salud no es consciente de la importancia de hacerlo correctamente o porque son escritos por personas no capacitadas. Si los fallecimientos ocurren en las unidades de salud pocas veces los certificados son llenados por el personal médico que atendió a las mujeres. Cuando suceden fuera de una institución de salud, suelen estar a cargo de las más diversas personas, las cuales, en su gran mayoría, carecen de la capacitación adecuada para ello.

A lo anterior se añade el uso de abreviaturas, diagnósticos incompletos o contradictorios y/o, preguntas dejadas en blanco en los certificados. Para estimar la mortalidad materna tiene particular repercusión que se asiente en la pregunta 17 si la mujer estaba embarazada en los 42 días u 11 meses previos a su muerte. Pregunta incorporada desde mediados de los años 90 con el propósito de mejorar el registro.

Otra fuente de error es la codificación incorrecta de los certificados. A las deficiencias en aquéllos se suma la incorrecta clasificación de los datos asentados, ya sea por falta de experiencia o bien por el desconocimiento de la X Clasificación Internacional de Enfermedades. Ello provoca errores, no sólo en el registro en términos cuantitativos, sino también fallas en la precisión para estimar las causas que producen las muertes maternas.

Todo lo mencionado anteriormente impide tener una visión real de la situación y, por ende, no contar con los insumos de información necesarios para planear y desarrollar acciones que efectivamente prevengan las muertes maternas.

Una metodología para conocer las verdaderas dimensiones de estas muertes, es la llamada



“autopsia verbal”, mediante la cual se estudian todas las mujeres que fallecen en edad fértil. Estos estudios se realizan mediante encuestas basadas en cuestionarios sencillos estandarizados o que incluyen preguntas adicionales en investigaciones más amplias. Sus resultados siempre ponen en evidencia que la dimensión de las muertes maternas es superior a la que oficialmente se maneja. A pesar de los esfuerzos llevados a cabo, se estima que aún prevalece un subregistro de entre 30 y 40%, dependiendo de la entidad federativa.⁵

La mortalidad materna se mide mediante la tasa de mortalidad materna, la cual se obtiene a través de la relación entre el número de muertes maternas y de nacidos vivos registrados, en un determinado lapso de tiempo, que generalmente es de un año.

Al estar construida por la relación entre universos de diferentes sectores de población, a diferencia de lo que ocurre con otras tasas, los expertos insisten en que no es adecuado llamarla “tasa” a este indicador y que lo correcto es denominarlo “razón”. Sin embargo, mientras se arriba a un consenso entre todos los países, se sigue utilizando el término “tasa”.

$$\frac{\text{Número de muertes maternas}}{\text{Número de nacidos vivos registrados}} \times 10,000$$

Independientemente de cómo se le llame, resulta complicado calcular este indicador. A los problemas mencionados en la estimación del numerador, se añaden los relativos al denominador. Por si fueran pocos los obstáculos descritos, existen discrepancias en las cifras manejadas por diferentes instituciones: Registro Civil, Sistema Automatizado de Egresos Hospitalarios (SAEH), Instituto Nacional de Geografía y Estadística, Consejo Nacional de Población y el Sistema Estadístico Epidemiológico de las Defunciones (SEED). De ahí el retraso en la obtención de la información y que la más recientemente disponible corresponda al año 2001.

En los países cuyas condiciones socioeconómicas son homogéneas, los promedios nacionales reflejan un panorama bastante nítido. Sin embargo, cuando no ocurre así, como en

la mayoría de los países subdesarrollados, incluido México, esos promedios ocultan los contrastes propios de cada país, por lo cual es imprescindible desagregar los datos para obtener una visión más real (Tablas 1 y 2).

Estas tasas, cuyo intervalo oscila entre 1.3 por 10 mil NVR en Tabasco, hasta 6.8 por 10 mil NVR en el Estado de México, exhiben la gran diversidad y contrastes que encierra nuestro país. Un informe publicado reciente-

Tabla 1
Tasa de Mortalidad Materna, 2001:
Entidades con tasas superiores a la nacional

Entidad federativa	Tasa *
Estado de México	6.8
San Luis Potosí	6.5
Quintana Roo	6.1
Guerrero	6.0
Puebla	6.9
Distrito Federal	5.8
Morelos	5.6
Tlaxcala	5.5
Chiapas	5.4
Querétaro	5.0
Yucatán	4.7
Oaxaca	4.6
Nacional	4.5

* Tasa por 10 mil nacidos vivos registrados (NVR).
Fuente: Instituto Nacional de Geografía e Informática/Dirección General de Salud Reproductiva, SSA.

Tabla 2
Tasa de Mortalidad Materna, 2001:
Entidades con las tasas más bajas

Entidad federativa	Tasa*
Sinaloa	1.8
Nuevo León	1.7
Campeche	1.7
Baja California Sur	1.7
Tabasco	1.3

Fuente: Instituto Nacional de Geografía e Informática/Dirección General de Salud Reproductiva, SSA.

mente por la Secretaría de Salud, señala cómo la mortalidad materna es cinco veces más alta en las entidades federativas con menor desarrollo económico que en los estados con mayores recursos.² Las diferencias crecen, aún más, al analizar la información relativa a grupos específicos de población.

La tabla 3 compara la tasa de mortalidad materna a nivel estatal y en zonas indígenas en cuatro estados de la República Mexicana.⁶ La contundencia de los números habla por sí sola. Baste señalar que los valores de mortalidad materna en zonas indígenas de Guerrero equivalen al promedio del país hace 50 años, lo cual es un reflejo más de los enormes rezagos que viven estos grupos de población.

La tabla 4 muestra las principales causas de mortalidad materna en el año 2002. Las

variaciones más significativas en la distribución de las causas de mortalidad materna del año 2002, comparadas con el año 2001, son las siguientes: los “trastornos hipertensivos en el embarazo...” (primera causa) disminuyen de 37.7 a 34.8%, al igual que “otras complicaciones del embarazo y el parto” (tercera causa) que pasan de 19.4 a 10.6%; en contraste, la “hemorragia del embarazo, anteparto, parto y puerperio” aumentó de 20.8 a 24.9%.

Ante esta situación, para el diseño de las políticas públicas de salud será necesario realizar análisis más específicos, ya que la manera de prevenir futuras muertes exige instrumentar diferentes, aunque complementarias, estrategias. Disminuir las dos primeras causas de mortalidad materna, requiere fomentar la demanda, oferta y calidad de la

Tabla 3
Tasas de Mortalidad Materna en estados seleccionados y sus zonas indígenas
(datos correspondientes a 1999)

Estado	Entidades con MM elevada		Entidades con MM baja	
	Tasa estatal	Zonas indígenas	Estado	Tasa estatal
Chiapas	7.0	11.0	Coahuila	2.8
Guerrero	7.0	28.3	Sinaloa	2.7
Hidalgo	5.4	9.1	Colima	2.3
Oaxaca	5.8	12.0	Baja California Sur	1.7

Fuente: K'inál Antsetik. Propuesta de atención en salud indígena. Documento de Trabajo, 2002. Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática. Dirección de Salud Reproductiva, SSA.

Tabla 4
Causas de mortalidad materna,* 2002 (Porcentajes)

No.	Causa	Porcentaje
1.	Edema, proteinuria y trastornos hipertensivos en el embarazo, el parto y el puerperio	34.8
2.	Hemorragia del embarazo, anteparto, parto y puerperio	24.9
3.	Otras complicaciones del embarazo y parto	16.6
4.	Aborto	6.8
5.	Causas obstétricas indirectas	6.8
6.	Sepsis y otras infecciones puerperales	5.0
7.	Otras complicaciones del puerperio	4.5
8.	VIH/SIDA	0.4
9.	Muerte obstétrica de causa no especificada	0.2

* Número de muertes maternas: 1,291 (no incluye 15 muertes maternas tardías).

Fuente: Presentación del Dr. Rafael Lozano ante el Grupo Interinstitucional de Salud Reproductiva, el 2 de julio del 2003.



atención prenatal a fin de identificar en forma temprana, señales precursoras de complicaciones durante la gestación. En cuanto a la tercera, precisa garantizar el acceso de las mujeres a servicios que dispongan de recursos humanos y materiales, capaces de intervenir con éxito ante una hemorragia durante el embarazo, parto y puerperio. La información disponible indica que mientras las dos primeras son las causas de mortalidad materna más frecuentes en las áreas urbanas, la tercera incide más en las rurales.

Conocer las "causas" de muertes maternas es imprescindible para que el Sector Salud pueda diseñar estrategias y planear acciones orientadas específicamente a diferentes grupos de población. Sin embargo, como lo advierte la OMS, lograr el abatimiento de la mortalidad materna exige ir más "allá" de las causas próximas, para identificar y modificar los factores que realmente las producen.

Factores que inciden en la mortalidad materna

Las sociedades están conformadas por intrincadas redes de factores que interactúan entre sí, en forma compleja y dinámica, y nunca de manera aislada. Sin embargo, para fines analíticos en el tema que nos ocupa es permitido y conveniente señalar algunos de ellos.

Factores estructurales

Los seres humanos para desarrollarse como tales tienen el derecho y la necesidad de acceder, cuando menos, a un mínimo de satisfactores básicos: alimentación, vivienda, educación, vestido, comunicación, etc. La pobreza es la negación de esos derechos y la principal responsable de las muertes maternas a nivel mundial y nacional.

Mientras que a nivel global en los países eufemísticamente denominados "en desarrollo" las muertes maternas en relación con el total de defunciones, es de una en 48; en los desarrollados es de una en 1,800. Las cifras por regiones brindan un panorama alarmante: África es de una en 16; Asia, una en 65; América Latina y el Caribe, una en 130; Europa, una en 1,400; y América del Norte, 1 mujer en 3,700.³

La Reunión Técnica Internacional celebrada en Colombo, Sri Lanka, en 1997, para evaluar la primera década de la Iniciativa Mundial Maternidad sin Riesgos, concluyó que, a pesar de los esfuerzos realizados, las metas establecidas no se habían alcanzado ni la situación mejorado. Incluso, en algunos países a consecuencia del incremento en sus niveles de pobreza, las muertes maternas sostenían una tendencia creciente.

Lo que ocurre en México es claro. En los municipios de alta marginación y/o en grupos de población, sin acceso a los recursos vitales, las mujeres tienen tres veces más riesgo de morir por causas maternas que en los de baja marginación.⁷ Es decir, las tasas de mortalidad materna dibujan la geografía nacional de la pobreza. En consecuencia, su descenso inevitablemente exige de una firme y real voluntad política gubernamental, que se refleje en decisiones, aportación de recursos y el diseño de programas que efectiva y sostenidamente reviertan los factores estructurales responsables de esos ancestrales rezagos y garanticen la justa distribución de la riqueza que el país produce.

Factores socioculturales

La pobreza afecta la salud de toda la población: hombres y mujeres. Sin embargo, en estas últimas, sus de por sí nefastas consecuencias se potencializan por factores socioculturales. Algunos de ellos son:

- *Discriminación e inequidades de género.* No son las diferencias sexuales o biológicas las que conllevan factores de riesgo para la vida de las mujeres y el ejercicio de su maternidad. Si así fuera, las mujeres morirían en dimensiones similares en todos los países. La tragedia proviene de las circunstancias y condicionantes en que ejercen esa maternidad. Lo que mata a las mujeres es la forma en que están contruidos los géneros masculino y femenino, el poder detentado por cada uno de ellos, las relaciones establecidas entre ambos y el desigual acceso a los recursos disponibles. Es decir, el exceso de muertes maternas es causado por las

inequidades de género vigentes al interior de las culturas: costumbres, sistemas de valores y de organización, normas de acceso al estatus social, mecanismos de intercambio de recursos, bienes y servicios, relaciones de poder entre hombres y mujeres, persistencia de creencias simbólicas ante la reproducción, las enfermedades y la muerte, entre otros.

Los géneros femenino y masculino están conformados por una red de principios, valores y normas, culturalmente definidos y mantenidos a través del tiempo bajo la falsa premisa de que son “naturales”, cuando en realidad, éstos son generados “artificialmente”. En el género femenino se encuentran, en mayor o menor grado, los siguientes:

- **Subvaloración en relación con el masculino.** A pesar de los avances logrados todavía prevalece desde el nacimiento, cuando no desde antes, una subvaloración hacia lo femenino que tiene, entre otros efectos: el limitar el acceso de las mujeres a la nutrición y a la educación. Ambos, requerimientos básicos para que las personas desarrollen sus capacidades y reciban información e instrucción alternativas que les permita insertarse de manera más ventajosa en la sociedad, incluyendo el mercado laboral.
- **Asignación de rasgos que favorecen una baja autoestima.** La autoestima es la consideración, aprecio o valoración que se tiene por uno(a) mismo(a) y constituye una premisa básica y esencial para reconocer y expandir las potencialidades de la persona. Impedir la generación o restringir la autoestima en las mujeres, impedirá que ellas puedan relacionarse en forma equitativa con ellas mismas, sus parejas, familias y sociedad.
- **Falta de poder.** Poder significa tener el derecho o la autorización cultural y social para tomar decisiones que afectan a la colectividad y a los individuos. La negación del poder a las mujeres abarca un gran rango de consecuencias: exclusión de posiciones comunitarias y a fuentes de estatus, ser tratadas como “menores de edad”, restringir su derecho a

decidir sobre aspectos que las atañen en forma directa y personal.

- **Orientación hacia el servicio de los demás.** Lo que va en detrimento de la identificación de sus propias necesidades y del cuidado a sí mismas.
- **Vinculación entre la identidad genérica femenina y la maternidad.** Para muchas mujeres la maternidad forma parte de sus expectativas y su realización. Sin embargo, cuando es el componente definitorio de su identidad femenina y única o principal fuente de acceso de poder y estatus, la forma en que se ejerce la maternidad las expone a grandes riesgos para su salud y su vida.

La maternidad temprana es una de las consecuencias del sincretismo entre identidad de género y la falta de opciones que la sociedad ofrece para las mujeres. Aproximadamente, 16% de los nacimientos en México ocurren en mujeres menores de 20 años: proporción aún superior en las áreas rurales.⁸ Son bien conocidas las repercusiones de la maternidad en estas mujeres. A nivel mundial, las mujeres de 15 a 19 años tienen dos veces más posibilidades de morir en el parto, que las que tienen entre 20 y 30 años; por su parte, las menores de 15 años tienen cinco veces más riesgo.⁹ Así mismo, se sabe que las complicaciones relacionadas con los embarazos constituyen la principal causa de muerte de mujeres entre los 15 y 19 años de edad.¹⁰

En el mejor de los casos, el embarazo y la maternidad en mujeres adolescentes les obliga a asumir responsabilidades para las que no están preparadas y a abandonar la escuela con lo cual ven disminuidas, aún más, sus posibilidades de acceder a un futuro mejor. Así, los riesgos y negativas consecuencias se intensifican cuando la maternidad se acompaña de una paridad abundante.

Contradicciones culturales hacia la maternidad

Paradójicamente, las culturas que ensalzan y ubican a la maternidad como atributo definitorio de la identidad y la valoración femenina, conceden escasa o nula prioridad al cuidado de la salud femenina durante sus embarazos y



partos. Las historias de las mujeres fallecidas dan múltiples testimonios de esta situación. Mientras que la resolución de otros problemas familiares o la adquisición de estatus comunitario son resortes para la movilización de recursos, no ocurre lo mismo con la protección de la salud de las mujeres, aun cuando se encuentren en inminente peligro. Una muestra de ello es que en muchos casos las erogaciones hechas en sus velorios superan los costos económicos que hubiesen implicado la atención, por personal calificado, de las complicaciones presentadas durante los embarazos o partos que les causaron las muertes.¹¹ Esto se debe a que colaborar financieramente en atender las condiciones peligrosas para la salud de las mujeres, no responde ni está legitimado por normas y usos culturales, al contrario de lo que ocurre con otras situaciones (como pueden ser los gastos del velorio). Dicho en otras palabras, defender la salud y la vida de las mujeres durante sus procesos reproductivos, no forma parte de las prioridades culturales socialmente válidas para la movilización de recursos comunitarios.

Violencia doméstica contra las mujeres embarazadas

Aun cuando parezca difícil de creer, el embarazo no libera a las mujeres de la violencia familiar; por el contrario, pareciera exacerbarla. La violencia es un reflejo más de las grandes contradicciones hacia la maternidad y la forma en que están contruidos los géneros masculino y femenino. Un estudio realizado en 1996 en Cuernavaca, Morelos, donde se entrevistó a 111 mujeres en el posparto inmediato, reveló que 35% de ellas habían sufrido de maltrato en algún momento de su vida, y que cuando menos 9% la habían padecido en su reciente embarazo. La información que se continúa recabando a nivel nacional y mundial, eleva sustantivamente esos porcentajes.¹²

El camino hacia la muerte materna

El análisis de las circunstancias que acompañan a las muertes maternas tanto en México,¹³ como en otros países, corrobora lo señalado por la OMS, respecto a que estas muertes no son accidentales, sino resultado

de un conjunto de factores que al enlazarse forman una cadena fatal de “demoras” que impiden prevenir riesgos durante los embarazos y que las mujeres accedan a servicios de salud de calidad. Cada demora incide en que transcurran horas, días y hasta las semanas, entre el inicio de los primeros síntomas y el momento de la atención, lo que ocasiona que las complicaciones se agraven y se reduzcan drásticamente las posibilidades de que las mujeres salven sus vidas. No sobra recordar que en la prevención de las muertes maternas juega un papel definitivo el tiempo transcurrido desde la aparición de los primeros síntomas de alarma y su debida atención.

Los eslabones de esta cadena fatal se pueden desglosar en la siguiente lista de “demoras”:

1. En el tiempo en que las mujeres tardan en identificar como “no naturales” los síntomas o signos de alarma que se presentan durante el embarazo;
2. En darle la importancia debida a los primeros avisos que tienen de que “algo no está bien”;
3. En acudir con la partera o utilizar los “remedios” tradicionales a su alcance;
4. En tomar una decisión sobre qué hacer cuando éstos no resuelven los malestares sentidos;
5. En comunicar a sus parejas o familias los malestares que están sintiendo;
6. Tardanza de éstos en identificar la necesidad de acudir a la brevedad posible con el personal de salud capacitado o a una unidad hospitalaria;
7. En el tiempo para tomar la decisión de hacerlo;
8. En conseguir los recursos económicos necesarios;
9. En obtener un medio de transporte;
10. En encontrar un centro de salud abierto y que cuente con el personal y los recursos necesarios para resolver los problemas que se presenten;
11. En decidir la necesidad de referir a la paciente a una unidad que cuente con dichos recursos, en el caso de que no existan en ella;

12. En obtener una ambulancia u otro tipo de vehículo para efectuar el traslado;
13. En ser bien diagnosticado el problema, obtener los donadores de sangre y los medicamentos solicitados por el establecimiento de salud.
14. En ser atendida adecuadamente; en ocasiones, cuando lamentablemente ya es demasiado tarde.

En toda esta lista de "demoras" están presentes las carencias estructurales que impone la pobreza y las enormes limitaciones que padece el sistema de salud pública respecto a la cobertura de sus servicios y la disponibilidad de recursos humanos y materiales que garanticen su capacidad resolutoria. Las mujeres que fallecen en las instituciones de salud han tenido que recorrer entre dos y tres unidades antes de ser atendidas, por desgracia, cuando ya no hay nada que hacer.

Sin restar importancia a lo anterior, no se puede ignorar la influencia, en las muertes maternas, de los factores socioculturales arriba mencionados: subvaloración del género femenino ante el masculino, falta de autoestima de las mujeres, ausencia de poder de las mujeres, dependencia de los hombres, maltrato durante el embarazo, orientación al servicio de los demás, sincretismo entre identidad femenina y maternidad, y las contradicciones hacia esta última.

Si las mujeres se valoran como personas "inferiores" con respecto a los hombres; si se les han negado las oportunidades de recibir educación e información; si se les ha inculcado que "sufrir sin quejarse" forma parte de su identidad femenina; si carecen de poder para tomar decisiones; si están orientadas al cuidado de los demás sin reconocer su propio derecho a cuidarse y a que las cuiden; si consideran que los malestares durante el embarazo "son naturales"; si el ser madres constituye su principal fuente de estatus y reconocimiento; si asistir a consulta prenatal pasa por la decisión del marido; si mostrar problemas durante el embarazo debilita su imagen de mujer ante sí misma, su pareja y la familia de éste; y si la protección de su salud no

forma parte de los estímulos para la movilización de recursos familiares o comunitarios, difícilmente se pueden eliminar o, cuando menos, disminuir muchas de esas fatales demoras.

COMENTARIOS FINALES

La mortalidad materna puede y debe prevenirse. Es una cuestión que involucra la vigencia de los derechos humanos, una deuda que se tiene con las mujeres y una demanda de justicia que no puede esperar. Siendo este problema una tragedia multifactorial, su abatimiento exige en consecuencia, de implementar vigorosos, permanentes y concertados programas que cuenten con los apoyos adecuados en los ámbitos legislativo, económico, de salud y educativo. Éstos deberán incluir:

1. Una firme voluntad política para modificar las estructuras sociales y culturales, que inicien por un combate certero a la pobreza y a la discriminación de género. Así como la voluntad política necesaria, que se refleje en la asignación de los recursos presupuestales suficientes.
2. El diseño de estrategias en la implementación de programas de salud acordes con las condiciones de vida de las mujeres. En donde los proveedores de los servicios no reproduzcan los factores culturales adversos sino, por el contrario, sean agentes para su modificación, a partir del respeto a sus valores y a sus capacidades.
3. La concertación de estrategias multisectoriales tendientes al "empoderamiento" y creación de estrategias que elevan la "autoestima" de las mujeres, que les permita a ellas reconocerse como sujetos de pleno derecho, expresar sus necesidades y acceder confiadamente a los servicios de salud. En pocas palabras: abrir opciones que incrementen el poder de las mujeres para la toma de decisiones.
4. Instrumentar acciones que a partir del respeto a las culturas locales, promuevan la ampliación de las prioridades que incorporen la protección a la salud y permitan salvar la vida de las mujeres.



ABSTRACT

The maternal mortality represents a serious problem of public health that can be avoided. It is considered that they happen annually around 600 thousand in the world, in great majority in developing countries, where the risk of women to die for maternal causes is of one in 48, in comparison of one in 1,800 in developed countries. Enormous variations in the rates of maternal mortality (RMM) among countries, and even to their interior, they show their intrinsic linking with poverty. Poverty deprives big sectors of population from the access to the minimum conditions that all human being needs to survive and to develop his capacities. Carried out studies show, however, the effects of poverty in maternal deaths are synergy by social and cultural factors, generally, they are not foreseen neither taken into account when designing and the organization of health programs. The World Health Organization claim the necessity to diminish this deaths and going beyond the immediate causes, in order to identify and to modify the social and cultural factors. Inside a global context, the present article is focused, particularly, to the relationship of the maternal deaths with this factors, at the same time that it underlines the necessity of starting strategies to modify the conditions to achieve it.

KEY WORDS: *Maternal mortality, social factors, poverty, gender.*

REFERENCIAS

1. Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe (RSMALC). *Rev Mujer y Salud* 2003; 1: 14-6.
2. Secretaría de Salud (SSA). México 2002. Información para la rendición de cuentas. México: SSA; 2003.
3. Family Care International (FCI). *Fichas de Salud Sexual y Reproductiva*. Nueva York: FCI; 2000.
4. Organización Mundial de la Salud (OMS). *Clasificación Internacional de Enfermedades, X Revisión*. Ginebra: OMS; 1992.
5. Lozano R. *Cuantificación de las Muertes Maternas por entidad federativa, 2002*. Presentación hecha en la Reunión del Grupo Interinstitucional de Salud Reproductiva de México: SSA; 2 de julio del 2003.
6. K'inal A. *Propuesta de atención en salud indígena*. Documento de trabajo, no publicado. México: Coordinadora Nacional de Mujeres Indígenas; 2002.
7. Lezana MA. *Evolución de las tasas de mortalidad materna en México*. En: Elu MC, Santos-Pruneda E, editores. *Una nueva mirada a la mortalidad materna en México*. México: Comité por una Maternidad Sin Riesgo (CPMSR); 1999: 53-70.
8. Consejo Nacional de Población (CONAPO). *V Informe de Avances del Programa Nacional de Población, 1995-2000*. México: CONAPO; 2000: 114.
9. Organización de las Naciones Unidas (ONU). *The World's Women: Trends and statistics 1970-1990*. Nueva York: ONU; 1991.
10. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). *Too Old for Toys, Too Young for Motherhood*. Nueva York: UNICEF; 1994.
11. Elu MC. *La luz enterrada*. México: Fondo de Cultura Económica; 1993.
12. Elu MC, Santos-Pruneda E. *Carpeta de apoyo para la Atención en los Servicios de Salud de Mujeres Embarazadas Víctimas de Violencia*. México: Comité por una Maternidad Sin Riesgo (CPMSR); 2000.
13. Hernández B, Reynosa S, García C, Langer A. *Resultados del "Estudio de muertes maternas"*. México: Population Council; 1998.