



# Oaxaca

## El Presupuesto para reducir la muerte materna en Oaxaca: seguimiento al programa Arranque Parejo en la Vida

Martha A. Castañeda  
Foro Nacional de Mujeres y  
Políticas de Población  
Octubre 2003

La muerte materna es un indicador mundialmente reconocido para medir el grado de desarrollo humano y la atención, que para los gobiernos, merecen las mujeres madres. Igualmente se reconoce que las muertes maternas no son un accidente, se pueden prevenir y evitar.

En México existe conocimiento científico de los procesos reproductivos. Se han identificado los factores que ponen en riesgo la salud y la vida de la madre o la del bebé. Se cuenta con normas técnicas para brindar una atención de calidad a la salud materna. También existen los recursos económicos suficientes. Sólo se necesita invertir bien si se desea que no mueran mujeres a causa de la maternidad.

### Dimensiones y retos

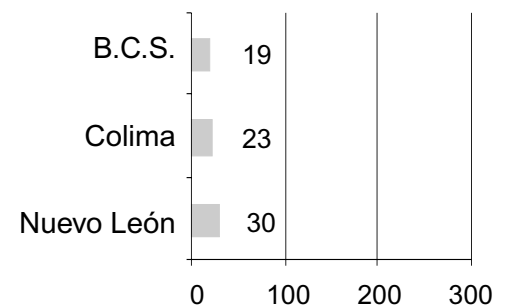
En México prevalecen altas tasas de mortalidad materna a pesar de que es uno de los países latinoamericanos con el PIB más alto

y que pertenece a la OMC. El gobierno mexicano no ha podido cumplir con el compromiso de reducir, en 10 años, la tasa de mortalidad materna a la mitad.<sup>1</sup> Once años después de haber hecho este compromiso, la tasa de mortalidad materna pasó de 54<sup>2</sup> en 1990 a 47 en 2000 (SSA, 2002).

Las mujeres indígenas son las que menos merecen la atención de los gobiernos federal y estatal. En las regiones indígenas de los estados de Oaxaca, Chiapas y Guerrero, las tasas de mortalidad materna en 1999 doblaron y hasta quintuplicaron la media nacional (51). Las siguientes gráficas muestran un comparativo entre dichas regiones y los estados con menores tasas de mortalidad materna.

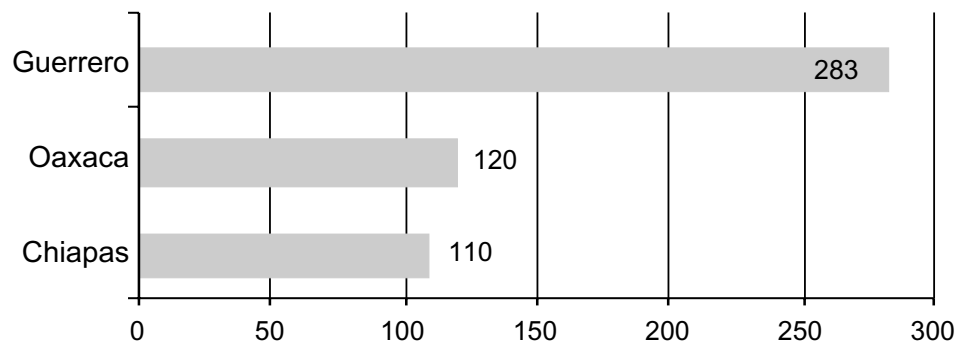
La Secretaría de Salud señala que “las muertes maternas son una expresión de la inequidad y el rezago social, así como una expresión de los problemas de cobertura y calidad de los servicios de salud” (SSA, 2003a). En Oaxaca,

Tasa de mortalidad materna 1999 en regiones indígenas de estados seleccionados



Fuente: SSA. Programa Nacional de Salud 2001-2006.

Tasa de mortalidad materna 1999 en regiones indígenas de estados seleccionados



Fuente: SSA. Programa Nacional de Salud 2001-2006.

1 El compromiso se hizo en 1987, durante la Conferencia Mundial por una Maternidad sin Riesgos y se refrendó en la Cumbre Mundial de la Infancia y en la Conferencia Mundial sobre Población y Desarrollo, convocadas todas por la Organización de las Naciones Unidas.

2 Relación entre el número de muertes maternas/ 100 mil nacidos vivos registrados.

en el periodo 2000-2002, el 90.6 por ciento de las difuntas no tuvieron derecho a seguridad social, sólo estaban cubiertas por los servicios de la Secretaría de Salud o del IMSS-Oportunidades (SSO, 2003). La mayoría vivía en comunidades de difícil acceso y no tuvieron dinero para acudir oportunamente a un hospital.

Un estudio realizado recientemente (Castañeda, 2002) indica que la atención del embarazo y parto en hospitales de la Secretaría de Salud en Oaxaca le cuesta 1,221 pesos a la usuaria. Además la familia debe hacer gastos indirectos de aproximadamente 3,400 pesos, por transporte, alimentación y hospedaje. En total 4,621 pesos, cantidad que resulta prácticamente inalcanzable para la población cuyos ingresos mensuales van de 0 a 2,400 pesos.<sup>3</sup>

Por su parte, las instituciones públicas de salud no cuentan con la infraestructura necesaria para enfrentar esta realidad: no disponen de los vehículos necesarios para transporte de emergencia y tampoco tienen dinero para cubrir los gastos de gasolina y honorarios del chofer. Así es que las mujeres se quedaron en su casa y murieron; las que lograron llegar a un hospital estaban ya muy graves o no fueron atendidas adecuadamente. Entre los años 2000 y 2002 el 41.4 por ciento de estas mujeres fallecieron en un hospital, el 52.6 por ciento en su casa y el 6 por ciento restante fallecieron durante el traslado a una clínica o un hospital (SSO, 2003). Esta situación nos habla de enormes rezagos y

la imperiosa necesidad de invertir en transporte de emergencia y también en mejorar las vías de acceso.

No hay disponibilidad de personal médico especializado las 24 horas del día y todos los días del año. Los Servicios de Salud de Oaxaca sólo cuentan con 39 gineco-obstetras distribuidos en 11 hospitales<sup>4</sup> para atender a 856 mil 547 mujeres en edad reproductiva<sup>5</sup> -población que es responsabilidad de esta institución-, lo que debilita la capacidad de resolución de situaciones de emergencia obstétrica, pues dichos especialistas son fundamentales para evitar el fallecimiento de mujeres por complicaciones en su embarazo, parto o puerperio. Además, los servicios se saturan y en consecuencia no se garantiza una buena calidad del servicio.

### **Iniciativas del gobierno para reducir la mortalidad materna**

La actual administración federal, con el Programa Arranque Parejo en la Vida (APV) espera disminuir la mortalidad materna prioritariamente en las regiones de mayor incidencia y número de defunciones; también pretende lograr la cobertura universal y condiciones igualitarias de atención con calidad a las mujeres con embarazo, parto y puerperio. Una de sus metas es disminuir al 2006 en un 35 por ciento la tasa de mortalidad materna en relación a la tasa registrada en el 2000.

En Oaxaca la meta es reducir en un 30 por ciento la tasa de 61 reportada en 2000 y alcanzar una tasa de 47 en 2006. Dado que el 75 por ciento de los municipios de

Oaxaca son de alta y muy alta marginalidad y que los Servicios de Salud de Oaxaca atienden precisamente a la población marginada, el APV no ha focalizado municipios prioritarios para su atención.

En 2003, los Servicios Estatales de Salud estiman atender a través del APV: 40,421 embarazos, de los que se esperan 4,770 abortos y 808 casos con infecciones obstétricas, preclampsia/eclampsia y hemorragias obstétricas (SSA, 2003b).

El programa se apoya en la infraestructura sanitaria existente, pero en Oaxaca la cobertura es insuficiente: el 88 por ciento de las localidades atendidas por la SSA no tienen clínica; de éstas al 67.4 por ciento llega una brigada médica una vez al mes y el 32.5 por ciento de las localidades no tienen ni este servicio.<sup>6</sup>

Las acciones del APV se suman a todas las actividades que debe realizar el personal de salud en contacto directo con la población, que además debe atender otros programas de la Secretaría, entre ellos: planificación familiar, cáncer cérvico uterino, vacunación, atención a la salud del niño y adolescente, promoción de la salud, hipertensión arterial, diabetes, adicciones, tuberculosis, comunidad saludable, vigilancia epidemiológica y atención a desastres.

3 El 28% de la población ocupada en Oaxaca no recibe ingreso alguno, el 19.73% recibe hasta 1200 pesos mensuales y el 23.9% hasta 2400 (DIGEPO, 2002).

4 Dato proporcionado por la Dirección de 2º nivel de atención de los Servicios de Salud de Oaxaca. Septiembre 2003.

5 Elaboración Propia con base en INEGI, Mujeres y Hombres de México: población femenina en edad fértil en Oaxaca 2000 y la proporción de población responsabilidad de los Servicios de Salud de Oaxaca.

6 Elaboración propia con base en los datos de SSA. El Programa de Ampliación de Cobertura: recuento de testimonios de un esfuerzo de equidad y extensión de servicios de salud en México. SSA, 2001.

## Presupuesto

### Los objetivos y metas del APV no son respaldados con recursos.

En 2002 y 2003 el Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA) asignado por la federación al estado de Oaxaca no contempló partida alguna para infraestructura básica. En los años anteriores, del 2000 al 2001, se redujo el presupuesto de rubros importantes para la atención a la salud materna. El presupuesto destinado a medicamentos se redujo en 27 por ciento y el destinado al mantenimiento de instalaciones, equipo y vehículos se redujo en 46 por ciento (Castañeda, 2002).

Otras cifras nos documentan una distribución del presupuesto público que no ayuda a resolver los rezagos en la atención a la salud.

Entre 1999 y 2002 el personal médico de las instituciones públicas de salud de Oaxaca disminuyó en 3.8 por ciento y el número de policías aumentó 40.7 por ciento. (4º. Informe de Gobierno, 2002). En 2002 en Oaxaca teníamos un médico o enfermera<sup>7</sup> por cada 1,017.8 personas y un policía<sup>8</sup> por cada 311.2 habitantes.

En este mismo periodo se adquirieron: 50 ambulancias con recursos municipales y de la Beneficencia Pública y 450 vehículos para las corporaciones policíacas con recursos federales y estatales (Ibidem). Salta a la vista la urgencia de distribuir el presupuesto público de otra manera, para enfrentar con políticas públicas eficientes los problemas derivados del empobrecimiento de la población.

En 2003 el Congreso etiquetó recursos del FASSA para el programa APV en los estados; a Oaxaca, que tuvo la razón de mortalidad materna más alta del país con 103.1<sup>9</sup> muertes maternas por cada 100 mil nacidos vivos esperados, le destinó 17,025,821 pesos. A Nuevo León, por ejemplo, con una razón de mortalidad materna tres veces menor que la de Oaxaca (2.85) le destinó 40.8 por ciento más de presupuesto (23, 968, 069 pesos).

En general, los FASSA reproducen la inequidad. En 2002, considerando sólo a la población que no tiene seguridad social, Oaxaca obtuvo de estos fondos 382.77 pesos *per cápita*, y estados como Baja California Sur o Nuevo León, con mucho mejores condiciones de salud, obtuvieron 2,289.03 y 901.78 pesos *per cápita* respectivamente (Hofbauer, 2003). Dado que el FASSA para Oaxaca es insuficiente, los recursos etiquetados para el APV entran al gasto global de los Servicios de Salud de Oaxaca y no son ejercidos directamente por el área responsable y en las acciones del personal operativo del programa. Es necesario, entonces, revisar las fórmulas de asignación de estos fondos para que el reparto sea más equitativo.

Por otro lado, la tendencia de privatizar los servicios públicos de salud es cada vez más clara. Un ejemplo: hasta el año 2000 el área de salud reproductiva de los Servicios de Salud de Oaxaca, recibía presupuesto de los programas federales; en ese año ejerció cerca de 9 millones de pesos. En 2001 y 2002 no contó con presupuesto alguno, sólo

obtuvo -gracias a las gestiones del personal directivo- donaciones de anticonceptivos de la empresa Aplicaciones Farmacéuticas y consiguió algunos apoyos de los programas PAC y Oportunidades. En 2003 se fijó como presupuesto irreductible para el área de salud reproductiva de los servicios estatales de salud la cantidad, a todas luces insuficiente, de 300 mil pesos.

En Oaxaca el apoyo más directo que se ha recibido del APV para allanar el camino hacia la disminución de la mortalidad materna, es el equipo médico donado por la fundación TELMEX con una inversión de 10 millones 576 mil 240 pesos y que se distribuyó en 10 hospitales generales, 1 hospital de la niñez, 5 hospitales integrales y un Centro de Salud Urbano.

Finalmente, llama la atención que recientemente el Banco Mundial recomendó al gobierno mexicano aumentar moderadamente los recursos federales a los tres estados más pobres del país: Oaxaca, Chiapas y Guerrero, y condicionar este aumento a indicadores de eficiencia de los gobiernos locales.<sup>10</sup> En respuesta a esta recomendación la Secretaría de Salud está evaluando la eficiencia de 12 programas -entre los que se encuentra el de Salud Reproductiva- en cada estado. Pero entre las variables que la Secretaría está examinando en la evaluación mencionada, no considera una que es fundamental: el presupuesto con que cuentan los Servicios Estatales de Salud para cada programa.

7 Comprende médicos en contacto directo con el paciente y en otras actividades, enfermeras auxiliares, generales, especializadas y otro personal de todo el Sector. No se incluye a personal administrativo, en servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento, conservación, lavandería, intendencia y dietología.

8 Personal activo en el Registro Único de Policías de Oaxaca de todas las corporaciones.

9 Este dato no es comparable con los años anteriores pues en 2002 la Secretaría de Salud modificó el indicador de mortalidad materna tomando como referencia los nacidos vivos estimados en lugar de los registrados

10 Banco Mundial: debe México condicionar el gasto a los estados más pobres. La Jornada, 26 de septiembre de 2003.

## Conclusiones

El gasto en salud es indispensable para progresar en la eliminación de la desigualdad social. Invertir en la atención a la salud materna es prioritario para el desarrollo humano. Si se continúa con la tendencia de reducir el gasto en salud, de debilitar los servicios públicos -preparando el terreno para la privatización de los servicios de salud- y de montar, sobre bases deficientes, un programa de salud dirigido a mujeres empobrecidas, desnutridas y de zonas de alta marginalidad, la discriminación social y de género será aún mayor en nuestro país.

Es urgente revertir dicha tendencia. Se necesita invertir eficiente y equitativamente si se pretende que no mueran mujeres a causa de la maternidad.

## Bibliografía

Castañeda Pérez, Martha. *La atención médica a la salud materna: políticas, programas y presupuesto*. Fundar, UAM (en impresión).  
Dirección Estatal de Población de Oaxaca. *Distribución de ingreso por trabajo según salario mínimo con base al censo de 2000*.  
Gobierno del Estado de Oaxaca. *Presupuesto de Egresos del Estado de Oaxaca para el ejercicio fiscal 2002*.  
Gobierno del Estado de Oaxaca. *Presupuesto de Egresos del Estado de Oaxaca para el ejercicio fiscal 2003*.  
Gobierno del Estado de Oaxaca. *José Murat: Cuarto Informe de Gobierno, Anexos Estadísticos. Oaxaca 2002*.  
Hofbauer, Helena. *Reflejos de las prioridades nacionales en la disposición de los recursos públicos: cuentas pendientes. Ponencia presentada en la Tercera Conferencia Nacional sobre Maternidad sin Riesgos en México*. México, julio de 2003.  
INEGI, INMUJERES, *Mujeres y Hombres 2002*, México, 2002.  
SSA, 2001. *Programa Nacional de Salud 2001-2006*. México.  
SSA, 2002. Programa de Acción: "Arranque Parejo en la Vida". México.  
SSA, 2003a. *Salud México 2002. Información para la rendición de cuentas*. México.

SSA, 2003b. Programa Arranque Parejo en la Vida. Servicios de Salud del Estado de Oaxaca. Programación de embarazadas a atender y programación de casos de infecciones obstétricas, preclampsia/eclampsia y hemorragia obstétrica 2003.  
SSO, 2003, Departamento de Salud Reproductiva. Análisis de la mortalidad materna en Oaxaca 2000-2002. Oaxaca.