



LA MORTALIDAD MATERNA: UN PROBLEMA SIN RESOLVER

LA MORTALIDAD MATERNA: UN PROBLEMA SIN RESOLVER

¿Qué debemos entender por mortalidad materna? ¿Cuál es la magnitud del problema en México? ¿Por qué prestarle atención? ¿Qué se hace en nuestro país para encararlo? ¿Qué papel debe desempeñar el legislativo para contribuir a aliviarlo? La síntesis informativa que ponemos a consideración de legisladoras y legisladores es una invitación a informarse, reflexionar y actuar sobre el grave problema de salud pública que constituye la mortalidad materna, término con el que se hace referencia al conjunto de muertes de mujeres causadas por complicaciones durante el embarazo, el parto o el puerperio.

La mortalidad materna es un indicador internacionalmente aceptado para evaluar los progresos en la lucha por eliminar la desigualdad social.

- En el mundo se producen más de 500,000 muertes maternas cada año. Alrededor del 99 por ciento de esas muertes ocurren en los países en vías de desarrollo.
- Una de cada 48 mujeres en los países en vías de desarrollo tiene posibilidades de morir por causas relacionadas con el embarazo. En contraste, en los países desarrollados la relación es de 1 a 1,800.

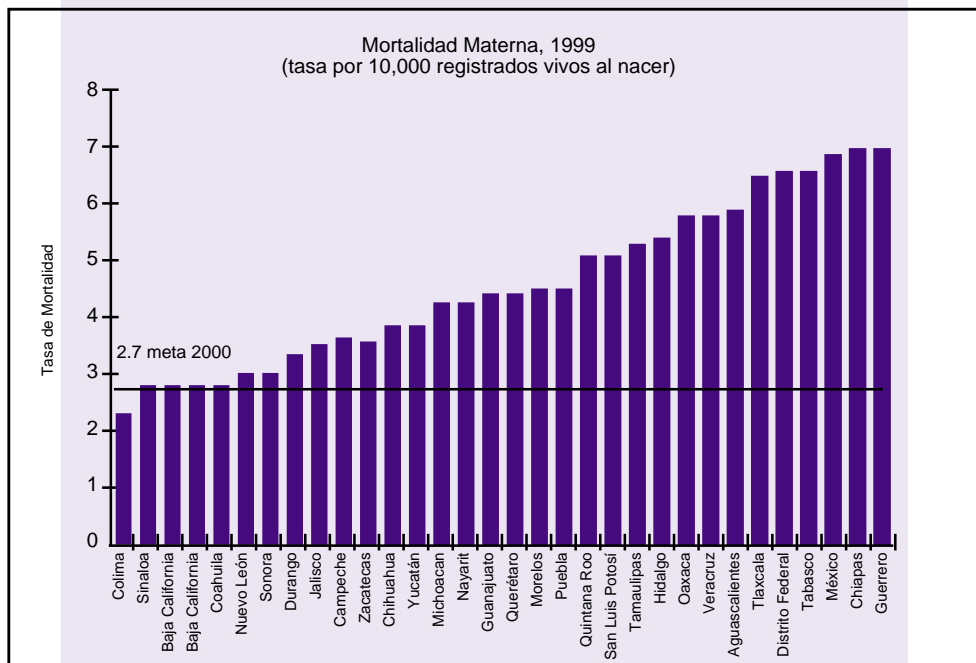
La Mortalidad Materna en México se concentra entre la población que no tiene acceso a la seguridad social y en las áreas de mayor marginalidad.

- En el año 2001 se produjeron en México 1,707 defunciones por mortalidad materna. Esto quiere decir que cerca de 5 mujeres murieron diariamente en nuestro país debido a complicaciones en el embarazo, el parto o el puerperio (es decir, una tasa de 4.53 por cada 10 mil nacidos vivos registrados).

- En el año 2000, el 67.3 por ciento de las muertes maternas registradas se concentró en los estados del sur y sureste del país, donde un significativo número de habitantes carece de seguridad social, vive en condiciones de pobreza extrema en zonas rurales, y es indígena.

- Las conferencias internacionales de El Cairo y Beijing establecieron como meta para el año 2000 reducir la tasa de mortalidad materna a la mitad de la que había en 1990. México no logró cumplir esa meta. Pasó de una tasa de 5.4 a 4.68 (por 10 mil nacidos vivos registrados), sin alcanzar la tasa de 2.7. En 1999, algunos estados -entre otros Chiapas, Guerrero, Oaxaca, Tabasco y Veracruz- registraron niveles de mortalidad por encima del valor nacional de 1990.

- A partir de diferentes estudios realizados en el país, se estima que existe un subregistro de la mortalidad materna del 40 por ciento, sobre todo en el caso de zonas marginadas o con población indígena.



Fuente: Elaboración propia con base en SSA, Programa Nacional de Salud 2001 – 2006, p. 42

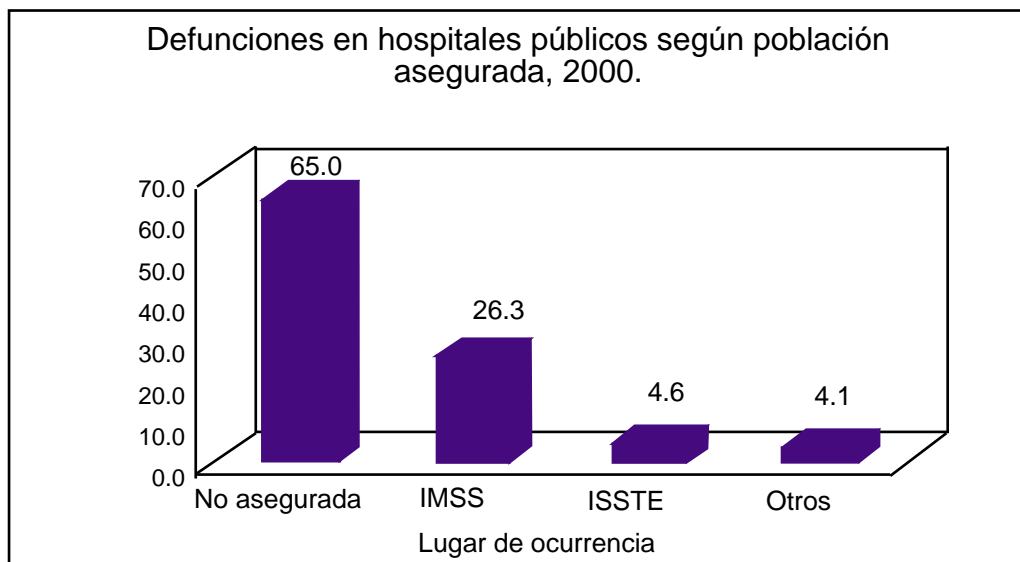
Tasa por 10,000 nacidos vivos registrados sobre la base de la población estimada por el CONAPO

La mortalidad materna es un problema que puede evitarse. Su prevención depende directamente de la cobertura y la calidad de los servicios de salud. La atención que se requiere para evitar la mortalidad materna consiste en:

- Sencillos métodos y prácticas basados en el seguimiento médico continuo.
- Traslado efectivo y oportuno de las mujeres al segundo nivel de atención.
- Acceso real de las mujeres a los servicios de emergencia.
- Bancos de sangre y personal disponible las 24 horas.

El Programa Nacional de Salud 2001-2006 establece que la mortalidad materna es un problema de salud pública, y la define como un indicador sectorial estratégico de desempeño y resultado. Por su parte, el 2° Informe de Labores de la Secretaría de Salud considera que la salud materna constituye uno de los cinco problemas de alta prioridad para el sector salud. Sin embargo, el informe Salud: México 2001. Información para la rendición de cuentas, publicado por la SSA en 2002, no incluye el indicador de la mortalidad materna entre los 65 indicadores sobre los que se basa. Este hecho resulta alarmante, porque refleja que el sector salud no considera las muertes maternas como un problema prioritario o que se contradice.

- Del total de las mujeres que murieron en México a causa de complicaciones durante el embarazo, el parto o el puerperio durante el año 2000, el 65 por ciento no estaba asegurada, el 26.3 por ciento era derechohabiente del IMSS y el 4.6 por ciento del ISSSTE.



Fuente: SSA, Programa de Acción: "Arranque Parejo en la Vida", p. 22,

¿Qué programas atienden el embarazo, el parto y el puerperio entre la población abierta que vive en zonas marginadas?

- Los servicios de salud que pueden contribuir a prevenir la mortalidad materna y que el Sistema de Salud ofrece a las mujeres que viven en condiciones de pobreza, están integrados en un Paquete Básico de Servicios de Salud. El Banco Mundial define este paquete como un conjunto mínimo de servicios de salud que deben otorgarse a toda la población, en respuesta a sus necesidades prioritarias. En el año 2002 este paquete básico se brindó a través de los siguientes programas: IMSS-Solidaridad, el componente de salud de Oportunidades, el Programa para la Atención a la Salud de la Adolescencia, el Programa Salud y Nutrición para los Pueblos Indígenas, el Programa Arranque Parejo en la Vida (APV) y el Programa de Ampliación de Cobertura (PAC).

El PAC es el programa que permite identificar con mayor precisión los resultados de la atención a la mortalidad materna, porque comenzó a aplicar un nuevo modelo de atención a la salud de las poblaciones marginadas desde 1996. Además incorpora acciones específicas de atención a la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio, uno de cuyos objetivos es reducir la mortalidad materna e infantil durante el periodo perinatal. El modelo del PAC ha sido instrumentado posteriormente por otros programas como una política de salud.

El Programa de Ampliación de Cobertura (PAC): cobertura, recursos humanos, obras y distribución estatal del gasto.

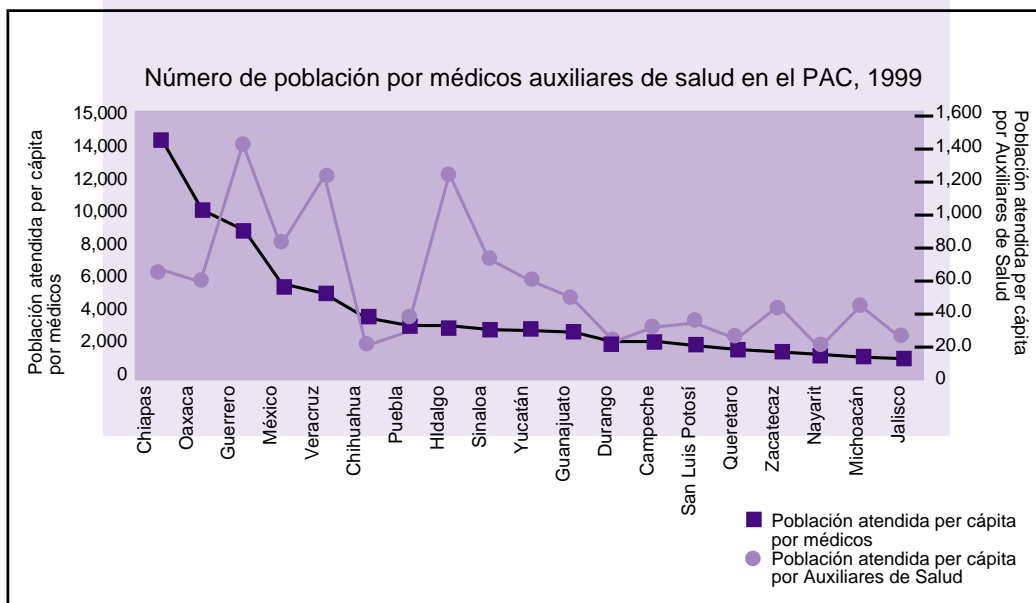
- Entre 1997 y 1999, las tasas de mortalidad materna aumentaron en nueve de los dieciocho estados en los que operaba el PAC. La extensión de la cobertura propuesta por el PAC no había logrado revertir las carencias en materia de servicios de salud.

- Si se considera que, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), la proporción mínima de médicos para las zonas marginadas es de uno por cada 3,000 habitantes, se observa que en los estados con mayores tasas de mortalidad materna la proporción de médicos per capita seguía siendo, en 1999, muy deficiente. En Chiapas había un médico por cada 3,530 personas. A nivel del PAC nacional, para ese año la atención por médico fue de 2,018 personas, y en el 2001 subió a 2,434.

Sólo una parte del personal de salud que participa en el programa (médicos, enfermeras y paramédicos, entre otros), es contratada con recursos específicos del mismo. Hacia septiembre de 2001, el total de médicos que participaban en el programa ascendía a 3,686. Sin embargo, la cantidad de médicos contratados directamente por el PAC era de 1,552. La diferencia obedece a que la mayoría de los médicos participantes en el PAC están adscritos a las clínicas, es decir, son contratados por los Servicios Estatales de Salud. Esta situación implica que el personal de salud trabaja en diferentes programas a la vez, lo cual debilita la atención específica que pueda otorgarse a las mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio.

- En consecuencia, la atención se sustenta en gran medida, en el trabajo de los auxiliares de salud. Por ejemplo, en Chiapas, Guerrero y Oaxaca un auxiliar de salud atiende, respectivamente, a 663, 1,195 y 591 personas en promedio. Sin embargo, a juzgar por un análisis de la situación en la jurisdicción 4 de Oaxaca, el hecho de que los auxiliares de salud sólo atiendan a las personas de su localidad, constituye un problema. En esta jurisdicción, el promedio de atención era de 218 personas por auxiliar, de 1,819 personas por médico adscrito a una clínica participante en el PAC, y de 4,719.5 personas por Equipo de Salud Itinerante (ESI).

- En estas circunstancias, el problema estriba en la dispersión de la población marginada y en las grandes distancias. Como resulta prácticamente imposible colocar a un médico 24 horas diarias en cada localidad, el desafío reside en hacer llegar a las personas a las clínicas y hospitales, especialmente cuando se trata de urgencias médicas.



* Para los estados de Chiapas y Oaxaca la información llega hasta el 30 de septiembre de 2001

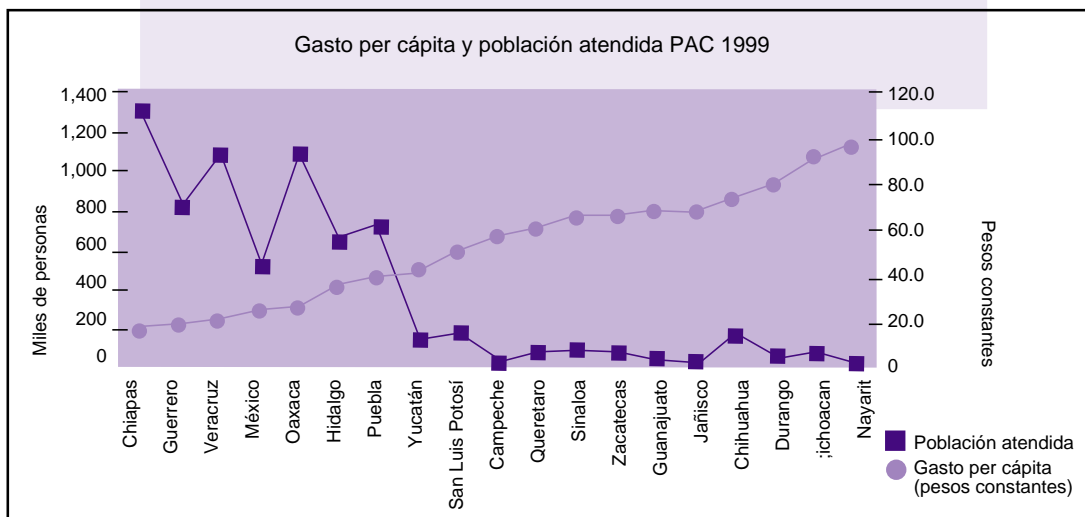
** Las cifras de los médicos corresponden a todo el personal de ese nivel que participa en el programa.

Fuente: Elaboración propia, con datos de la Dirección General de Equidad y Desarrollo en Salud,

- Los recursos que el programa destinada a obra¹ son muy bajos en comparación con su gasto total; para 1998, 1999, 2000 y 2001 representan el 3.9, 7.1, 4.5 y 2.2 por ciento respectivamente. La ampliación de obra pública con recursos del PAC ha sido muy limitada y, en algunos casos, nula (como en los estados de Campeche y Nayarit). El programa no amplió la

infraestructura de salud, que por lo tanto sigue estando ausente en las zonas más rezagadas—donde también se concentra la mayoría de los casos de muerte materna.

Entre 1996 y 2002 la asignación total de recursos al programa experimentó una tasa de crecimiento real de 13.27 por ciento. Sin embargo, entre 1998 y 2001 hubo una disminución per cápita, puesto que los recursos menguaron de 45.90 a 37.47 pesos constantes por cada beneficiario. Cabe hacer notar que los estados con mayor financiamiento y, por tanto con mayor población cubierta -que son, al mismo tiempo, los que presentan los más altos índices marginalidad-, tienen un gasto muy bajo por persona.



Fuente: Elaboración propia, con datos de la Dirección General de Equidad y Desarrollo en Salud, y SHCP, Cuenta de la Hacienda Pública.

- Esto significa que hay una relación inversa entre la población atendida y el gasto per cápita. Por ejemplo, en el año

2001 los estados con mayor cantidad de personas atendidas por el PAC fueron Chiapas, Veracruz, Oaxaca, Guerrero, Puebla, México e Hidalgo. Sin embargo, estos estados fueron también los que contaron con menor gasto por persona. Así, el PAC tuvo en Guerrero 0.94 millones de beneficiarios y el gasto por persona fue sólo de 19.04 pesos constantes.

- Los estados con recursos per cápita más bajos son también los que presentan las tasas más altas de mortalidad materna: Chiapas, Guerrero, Veracruz, México, Oaxaca e Hidalgo. De igual manera, estas entidades son las que cuentan con menos infraestructura per cápita y, simultáneamente, con la proporción de atención per cápita más deficiente por parte del personal médico del programa.

> ¿Qué problemas tiene el PAC? ¿Por qué no puede atender cabalmente el problema de la Mortalidad Materna?

La mortalidad materna puede prevenirse mediante un buen seguimiento médico y la capacidad de resolver emergencias. El PAC no cuenta con condiciones adecuadas para operar satisfactoriamente en ninguno de estos dos ámbitos.

- El monto de los salarios del personal de salud del programa es muy bajo. Este hecho inhibe la permanencia del personal y el aprovechamiento de la experiencia adquirida.

- Los médicos participantes en el programa son, en proporción significativa, pasantes que están prestando su servicio social. Esto implica que sólo permanecerán un año en el programa.

- El programa se sustenta en el trabajo de personal voluntario que opera en comunidades focalizadas. Dado su nivel de capacitación, este tipo de personal tiene muy baja capacidad

resolutiva ante las emergencias. Asimismo, carece de medios para comunicarse oportunamente y de transportación eficaz.

- Las Casas de Salud (proporcionadas por la comunidad) sólo ofrecen a las mujeres embarazadas hierro, ácido fólico y orientación nutricional. Ésta no es una atención suficiente para las mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio.

El número de médicos, enfermeras y paramédicos del programa es muy bajo en relación con la población que debe ser atendida. Esto afecta la calidad de la atención. Por ejemplo el personal médico con mayor capacitación opera bajo un esquema de atención itinerante, llegan a cada comunidad una vez por mes y, en consecuencia sólo está por casualidad cuando se presentan situaciones de urgencia.

- El programa no incorpora mecanismos precisos para dar seguimiento a los casos de riesgo.

El programa no cuenta con los medios necesarios para resolver situaciones de emergencia. Por ejemplo, no incluye formas de traslado de las pacientes a un centro de atención de segundo nivel en caso de que se requiera.

- Puesto que el programa no contribuye a solucionar problemas graves de salud, la población -sobre todo la indígena- no concibe a estos servicios como una alternativa para resolver sus dificultades.

El programa Arranque Parejo en la Vida (APV), una nueva estrategia ante la mortalidad materna entre la población marginada.

- El APV es el programa específico que plantea el Programa Nacional de Salud 2001–2006, para disminuir las

tasas de mortalidad materna e infantil. Parte de una cobertura universal inexistente en nuestro país.

- Este programa tiene diferencias con el PAC. Entre ellas destacan las siguientes:
 - Enfatiza el seguimiento a las mujeres durante el embarazo,
 - Incorpora la atención específica a los embarazos de alto riesgo,
 - Contempla alojamiento para los hijos de las embarazadas durante su atención,
 - Establece una “Red Social” para proveer recursos al programa y
 - Delega gran parte del financiamiento en grupos privados.

Las insuficiencias del APV.

- Aunque este programa pone énfasis en el seguimiento a la mujer embarazada, su debilidad se presenta, nuevamente en el momento de las urgencias obstétricas. La responsabilidad de la atención médica recae sobre el personal de salud que debe dar seguimiento, también, a otros programas sustantivos de la SSA.

- Una de sus deficiencias reside en que la responsabilidad del traslado al segundo nivel de atención recae en la comunidad, la cual tiene, por lo general, recursos y posibilidades muy escasos para garantizarlo.

El programa delega gran parte de su financiamiento en grupos privados. Este hecho puede dificultar el suministro sostenido del material médico necesario para la atención y no garantiza que los patrones de inequidad entre diversos estados sean revertidos.

- Ni el APV ni el PAC incorporan atención específica alguna al problema del aborto, que constituye la cuarta causa de muerte materna, así como un problema de justicia social agravado por la situación de clandestinidad en la que se practica.

>¿Qué importancia tienen el APV y el PAC en el Presupuesto de Egresos de la Federación?

El presupuesto con el que cuenta un programa refleja las prioridades de una política determinada. Por tanto, es a través del presupuesto como se puede apreciar la importancia que se concede al problema de la mortalidad materna.

Sea que se considere de manera separada o conjunta, el gasto asignado a los programas orientados a combatir la mortalidad materna tiene escasa relevancia presupuestal. Al PAC le corresponde únicamente el 5.94 por ciento del gasto de la SSA y sólo al 0.03 por ciento del gasto programable². Para el APV, las cifras correspondientes se reducen al 0.31 y al 0.01 por ciento.

- Los recursos del APV equivalen al 1.5 por ciento del presupuesto del IMSS-Solidaridad y al 2.1 por ciento del componente de salud de Oportunidades.

- La escasa importancia que se concede a estos programas se demuestra también cuando se comparan sus presupuestos con los recursos asignados a dependencias que no realizan actividades orientadas a la superación de la pobreza, y que sin embargo cuentan con un financiamiento superior.

Comparativo del gasto entre PAC y APV y direcciones y programas PEF 2002

Entidades	Unidad responsable o programa	Gasto Total Entidad (pesos corrientes)	Porcentaje APV/ UR-Programa	Porcentaje PAC/ UR-Programa
SHCP	Programa de Recaudación y Fiscalización Nacional	8,566,056,200	0.78	15.25
SEDENA	Dirección General de Administración	3,143,694,306	2.14	41.57
SEDENA	Dirección General de Sanidad	1,787,826,969	3.76	73.09
PGR	Dirección General de Recursos Humanos	1,443,800,499	4.65	90.50

Fuente: Elaboración propia, con datos de la SHCP, PEF Aprobado 2002,

En el caso del PAC se observa con claridad la vinculación existente entre la insuficiencia presupuestaria y el déficit en la atención médica a través de dos situaciones.

- La primera, es la de los salarios del personal médico: aunque en 1999 su monto total correspondía al 20.36 por ciento del gasto del PAC (gasto dirigido a los estados más el gasto dirigido a la Dirección del programa) y al 23.23 por ciento del total en los estados³, en términos reales se trataba de remuneraciones sumamente bajas. Por ejemplo, en Chiapas un médico titulado recibía un salario mensual promedio de 7,818 pesos, una enfermera 4,465 pesos, un médico pasante 1,200 pesos y un Auxiliar de Salud (personal voluntario de las comunidades) 250 pesos.

- La segunda, atañe al costo de la atención del parto normal, calculado sobre la base de la estimación de costos de las acciones del Paquete Básico realizada por la Secretaría de Salud en 1998, y de los 60,000 partos que la Secretaría de Salud de Chiapas estima deben ser atendidos anualmente. Si se toma en cuenta que en Chiapas las parteras atienden en promedio el

60 por ciento de los partos y los médicos el restante 40 por ciento, para el año de 1998 se habría gastado el equivalente a 30,600,000 pesos. Esta cifra representa el 62 por ciento del presupuesto aprobado para el PAC en el estado en 2002, sin considerar los gastos de referencia de la mujer al segundo nivel de atención médica ni la transportación y alimentación de los acompañantes en caso de un parto complicado. Cabe resaltar que estos cálculos sólo toman en cuenta una de las trece acciones del programa, la atención al embarazo, parto y puerperio.

- Si el gasto de la atención al parto normal no está contemplado en los recursos de la SSA, y además se tiene en cuenta el bajo monto que representa la atención materno-infantil en el marco del PAC (que en Chiapas tuvo entre 1996 y 2000 una cobertura del 20 por ciento por parte de la SSA), se encuentra que hay una significativa cantidad de mujeres –incluidas en las 60,000 que mencionan las cifras oficiales⁴ que carecen de atención médica durante el embarazo, el parto y el puerperio.

- Esta forma de disponer del financiamiento obliga al programa a depender en gran medida del personal voluntario que aportan las comunidades -sean los auxiliares de salud o las parteras-. Por ello, el programa no consigue asegurar el cumplimiento de medidas indispensables para evitar la mortalidad materna -como el traslado al segundo nivel de atención y la realización oportuna de transfusiones sanguíneas-. Por otra parte, esta situación impide alcanzar una cobertura real de las mujeres embarazadas, puesto que no existen recursos para ello.

> Alternativas ante la escasez de recursos y las restricciones presupuestarias.

La restricción presupuestaria es un argumento que se esgrime año con año. Sin embargo, disponemos de datos que

apuntan a la posibilidad aumentar el presupuesto de los programas que tienen como objetivo elevar los niveles de desarrollo de México a un mínimo deseable, a través de la inversión en la salud:

- La Cuenta Pública del 2001 revela que durante ese año, algunas dependencias incrementaron su presupuesto con respecto al que les había sido aprobado. Ese es el caso de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP), la Secretaría de Turismo (SECTUR) y la Secretaría de Relaciones Exteriores (SRE). Los recursos adicionales que ejerció la SHCP equivalieron a 2.3 veces lo aprobado para el PAC durante el año 2002. El incremento de SECTUR correspondió a 2.6 veces el financiamiento aprobado para el APV⁵..

Otras dependencias que no pertenecen al área social y que en términos totales sufrieron recortes presupuestales, registraron significativos aumentos en algunos tipos de gasto. Esto ocurrió con las Secretarías de Marina y Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA), que tuvieron una variación en obra pública de 24.9 y 17.2 por ciento respectivamente. En el primer caso, la cantidad equivale prácticamente al presupuesto total ejercido por el PAC: Marina ejerció, en ese rubro 1,012,800,000 de pesos; el total del PAC fue de 1,202,065,759. Los incrementos señalados corresponden a 15.07 y 2.6 veces el presupuesto aprobado del APV.

- Si se proyectara aumentar los recursos del APV diez veces más de lo que se le asignó en el presupuesto aprobado del 2002, bastaría con reducir en un 4 por ciento el total del presupuesto aprobado para todas las direcciones de la Presidencia de la República, las Secretarías de Hacienda y Crédito Público, Marina y de la Defensa Nacional, y de la Procuraduría General de la República.

El hecho de que año con año se pueden registrar incrementos sobre lo aprobado, significa que existen posibilidades de incrementar también el gasto destinado a la atención de la salud de la población más marginada, así como de las mujeres embarazadas.

> El panorama actual: la tendencia a las economías y la falta de transparencia.

- Entre el proyecto del presupuesto de egresos de la federación y el presupuesto aprobado en 2002, el PAC sufrió una disminución de recursos por 12 millones 477 mil pesos.

Actualizando al año 2001 los costos de las acciones del Paquete Básico calculados por la SSA en 1998, el costo de referir a una paciente al segundo nivel de atención es, en el caso del médico, de 796.40 pesos, y en el de la partera de 111.96 pesos⁶. En consecuencia la baja que sufrió el PAC durante la discusión presupuestal, equivalió a que se habrían dejado de referir 15,667 mujeres embarazadas por médicos y 111,442 por parteras.

Si se considera que en el estado de Chiapas aproximadamente unos 6,000 partos pueden presentar complicaciones—el 10 por ciento de 60,000 partos que estima la SSA debe atender en Chiapas—el decremento registrado en el presupuesto del PAC correspondió a 2.6 veces la cantidad de partos con complicaciones que podrían haber sido referidos por un médico y 18.5 si lo mismo lo hubiera efectuado una partera en dicha entidad.

Como puede observarse, lo que dejó de asignarse al PAC, puede significar el desmedro en una atención básica que se relaciona directamente con la prevención de la mortalidad materna.

Existen serios problemas de acceso a la información necesaria para poder realizar un seguimiento óptimo del PAC en el nivel federal. En los estados, el acceso a la información está sujeto a la voluntad de las dependencias locales.

- La información que proporcionan los documentos presupuestales no permite determinar con precisión qué uso se hace de los recursos del PAC. Ni en el PEF ni en la Cuenta Pública se explicita la distribución estatal de los recursos de la Dirección que está a cargo del programa; los datos corresponden únicamente al total. Los salarios del personal tampoco se detallan, ni se incluyen los incentivos que se otorgan al personal comunitario⁷.

- Además, las herramientas presupuestales tampoco permiten identificar el costo de cada intervención del PAC. El PEF del año 2002 no señala siquiera las metas de cobertura por entidad federativa.

La presentación de los presupuestos del PAC ha presentado inconsistencias. En algunos años se registran como gastos de capital; en otros aparecen como gasto corriente. Esto puede dar por resultado una lectura equívoca del uso del gasto. A estas deficiencias se suma el hecho de que ni en la Cuenta Pública del año 2001 ni en el presupuesto aprobado en el 2002 se incluyen metas de cobertura por estado. Por añadidura, el Informe de Avance de Gestión del presente año no se hace mención alguna del PAC ni del APV.

- Por lo que hace a la Secretaría de Salud, es sumamente difícil acceder a información más detallada sobre el PAC. No es posible conocer el salario desagregado por tipo de personal ni las actividades que realizan, el tipo de personal que atiende los partos en el PAC, el número de usuarias durante el embarazo,

parto y puerperio, el número de referencias al segundo nivel de atención y el personal que las hace, ni el número de muertes maternas ocurridas bajo la atención del programa.

- Lo mismo ocurre con el acceso a instrumentos tales como el Sistema de Información en Salud para la Población Abierta (SISPA).

> Recomendaciones:

Para prevenir la mortalidad materna y reducir las tasas registradas, es fundamental avanzar hacia un traslado efectivo y oportuno de las mujeres que tienen complicaciones al segundo nivel de atención, asegurando su acceso real a servicios de emergencia, bancos de sangre y personal médico capacitado. Lograr esto sin plantearse el aumento de recursos a los programas que deben atender este problema, sobre todo en las regiones más marginadas, es poco probable.

- En este sentido, es urgente replantear la ampliación de cobertura y la operación de programas como el Arranque Parejo en la Vida, que descansan sobre la supuesta cobertura universal. Pretender que con 19 pesos al año por persona se ha logrado darle cobertura a 0.94 millones de personas en Guerrero, por medio del PAC, no es realista. Más aún, pretender que los rezagos y las tasas de mortalidad materna que se registran en Guerrero —que son las más altas del país— se solucionarán por medio de un programa de recursos escasos, el APV, es prácticamente imposible.

- Como consecuencia, si el APV se constituye como una responsabilidad más del personal médico y auxiliar que de por sí cumple con múltiples funciones y esquemas diferentes, es difícil que contribuya a cumplir con los requisitos de seguimiento, atención

con calidad y traslado que son indispensables para atender el problema de la mortalidad materna.

- Es necesario fortalecer las capacidades humanas, materiales y financieras de este programa, para asegurar que cumpla con los objetivos planteados. Por ejemplo, si bien puede ser cuestionable la viabilidad de comprar ambulancias para atender las emergencias de localidades dispersas y de difícil acceso —sin hacer mención de los gastos necesarios para operar las ambulancias y darles mantenimiento— sí sería de importancia fundamental asegurar que los gastos de traslado en que incurren las familias de mujeres con complicaciones en el embarazo, parto o puerperio, puedan ser cubiertos o resarcidos por el programa.

Las restricciones presupuestales a las que se enfrenta México necesitan ser discutidas a contraluz de las prioridades y los rezagos que se registran. En este sentido, no es válido argumentar que no hay recursos para fortalecer programas como el APV y el PAC, si el ejercicio del presupuesto ilustra que en áreas diferentes a las sociales se registran incrementos sobre lo aprobado. Como tal, se debe plantear la necesidad de sostener los recursos y la inversión en infraestructura para los estados más rezagados. Idealmente, programas de recursos escasos, como el APV, deberían duplicarse anualmente, hasta alcanzar niveles medianamente satisfactorios.

- Adicionalmente, si bien es una buena estrategia buscar incrementar los recursos disponibles del APV por medio de contribuciones privadas, es crucial en términos de transparencia y sustentabilidad que el total de recursos financieros, materiales y humanos sea registrado y cuente con una rendición de cuentas cabal.

- Para darle la importancia que requiere, y volver a situar las tasas de mortalidad materna como una herramienta para evaluar los progresos alcanzados en materia de salud y desarrollo, es fundamental que la mortalidad materna se incluya como uno de los indicadores manejados en el documento Información para la Rendición de Cuentas, que será presentado año con año por la SSA. La exclusión de la mortalidad materna de los indicadores que serán un parámetro de los logros del sector a lo largo de esta administración, le resta importancia a las cinco mujeres que mueren diariamente debido a complicaciones en el embarazo, parto o puerperio.

Por último, es fundamental avanzar hacia una mayor transparencia y acceso a la información presupuestaria, programática, de evaluación de impactos y de desempeño de los programas que buscan atender a la población más pobre. La información debe presentarse de manera consistente, clara y entendible, identificando lo que es gasto de capital y corriente, así como los recursos que se manejan a nivel federal y en los estados. Tener esta información, junto con evaluaciones de impacto y desempeño, permitirá argumentar las prioridades nacionales de atención a la población abierta, y a las mujeres embarazadas, en un contexto más abierto y comprensivo.

1 Las acciones en obra consisten en: Construcción (obra nueva), ampliación, rehabilitación y conservación, y mantenimiento.

2 El gasto programable, es la erogación plenamente identificable con cada uno de los programas del Presupuesto de Egresos de la Federación. Incluye las erogaciones que realiza la administración pública central en la prestación de servicios y en inversión pública, así como las asignaciones que las entidades paraestatales de control presupuestario directo destinan a la producción de bienes y servicios que aumentan en forma directa la oferta global de los mismos. Excluye el servicio de la deuda que corresponde a transacciones financieras, las participaciones a estados y municipios y los estímulos fiscales, cuyos efectos económicos se materializan vía las erogaciones de los beneficiarios. Fundar, Centro de Análisis e Investigación A.C., El ABC del Presupuesto de Egresos de la Federación: retos y espacios de acción, 2da impresión, revisada, México, 2002, p. 92.

3 Este cálculo no incorpora otro tipo de personal que opera en el PAC, como los Técnicos en Atención Primaria, Técnicos en Programas de Salud, Técnicos en Estadística, choferes y Auxiliar Administrativo

4 El dato de los 60,000 partos incluye los que ya atiende la SSA de Chiapas –aproximadamente 25 mil- y los que la propia secretaría espera atender -entre 36,000 y 42,000-, de la población no derechohabiente que a la fecha no es atendida.

5 Fuente: SHCP, Cuenta de la Hacienda Pública Federal, Tomos de Resultados Generales 2001 p. 80.

6 Los costos estimados en 1998 fueron de 525.52 pesos en el caso del médico y 73.88 pesos en el caso de las parteras.

7 Cabe señalar, que sólo en la Cuenta Pública del año 2001, se indica que parte de los recursos de dicha dirección se invierten en los salarios del personal del PAC en los estados y otra parte en los del personal central. Fuente utilizada SHCP, Cuenta de la Hacienda Pública Federal 1998-2001.

Autoras

Daniela Díaz y Dora Sánchez-Hidalgo, investigadoras de Fundar, Centro de Análisis e Investigación A.C.

Graciela Freyermuth, investigadora del CIESAS-Sureste e integrante del Foro Nacional de Mujeres y Políticas de Población.

Martha Aída Castañeda, asesora del Centro para los Derechos de la Mujer NAAXWIIN, A.C. e integrante del Foro Nacional de Mujeres y Políticas de Población.

Diseño gráfico y formación: **Ana Silvia Martínez Gamba**

Esta publicación y las investigaciones que la respaldan fueron apoyadas por la Fundación John D. y Catherine T. MacArthur.

México, Octubre, 2002

