

**Evaluación del Trabajo de la Fundación MacArthur en México para Reducir la
Mortalidad Materna,
2002-2008**

Por Jill Gay¹ y Deborah Billings²

Introducción

De 2002 al 2008, la Fundación John D. y Catherine T. MacArthur invirtió 5 millones de dólares en México para contribuir a la reducción de la mortalidad materna. Entre los beneficiarios se encuentran organizaciones de la sociedad civil (OSC) que trabajan en los ámbitos local, estatal y nacional en diversos Estados que presentan altas razones de mortalidad materna. También se incluyen OSC con sede en la Ciudad de México, mismas que han trabajado para abordar una causa muy particular de la mortalidad materna, el aborto no seguro, la cual es una causa altamente estigmatizada de las defunciones maternas en México. Los beneficiarios abogaron por una mejora en las políticas públicas y en las prácticas del sector salud; llevaron a cabo investigaciones para enriquecer las políticas públicas; y monitorizaron e hicieron públicas las asignaciones de presupuesto para asegurar que los recursos del sector público se canalizaran a abordar el problema de la mortalidad materna. Los beneficiarios enfocaron sus trabajos en las necesidades de mujeres indígenas no aseguradas, de bajos ingresos, en tres Estados con altas necesidades: Chiapas, Guerrero y Oaxaca, así como en la reforma de políticas tanto a nivel estatal como nacional.

Las investigadoras Jill Gay y Deborah Billings realizaron su trabajo en México del 22 de septiembre al 7 de octubre de 2008, y llevaron a cabo 60 entrevistas con donatarios y partes involucradas, incluidos funcionarios de la Secretaría de Salud, representantes de las OSC e investigadores en Guerrero, Chiapas y Oaxaca. También entrevistaron a líderes de organizaciones con sede en los EE.UU. que trabajan en asuntos relacionados con la salud materna en México. A su vez, hicieron visitas de campo a clínicas, hospitales y hogares maternos donde las mujeres reciben atención durante el embarazo, el parto y el puerperio, y a oficinas de las OSC. Viajaron a una comunidad rural en Chiapas y a una comunidad semiurbana en Guerrero para entender mejor las condiciones en las que viven las mujeres y los retos a los que se enfrentan al buscar servicios de salud materna.

Mediante la aprobación de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) de la Organización de las Naciones Unidas, el gobierno de México se comprometió a reducir significativamente la mortalidad materna para el 2015, y se fijó el objetivo de disminuir el número de defunciones

¹ Consultora; principal autora, Qué funciona: Maternidad Segura (*What Works: Safe Motherhood*), Futures Group, 2003. jillgay@aol.com

² Consultora independiente; Asociada en Investigación y Evaluación en Ipas; Ipás México de 1995 a 2008. Dbillings08@gmail.com

maternas a lo largo del país a 547 por año (a una razón de mortalidad materna (RMM) de 22.3³). Durante los últimos siete años se han logrado avances importantes en la reducción de la mortalidad materna en México. Sin embargo, la información obtenida a través de las entrevistas con los grupos de interés y de nuestro propio análisis de la información de salud indica que para que México alcance el ODM para el 2015, es necesario invertir en acciones estratégicas que pueden llevarse a cabo de manera sostenida durante los próximos ocho años (2008-2015). Será necesario vigilar constantemente y evaluar dichas acciones para asegurar que se cumplan las metas, específicamente en Estados donde es más alta la mortalidad materna. Asimismo, deberá aumentarse la escala de las intervenciones concentradas y estratégicas en los ámbitos estatal y nacional (Cragin et al., 2007: 51; Donatario de la Fundación, 2008).

I.A. ¿Por qué otorgar fondos para los trabajos que abordan y se enfocan en la disminución del problema de la mortalidad materna?

“La mortalidad materna es un indicador fundamental del desarrollo social y de la salud de un país, incluidos los Objetivos de Desarrollo del Milenio; es un grave problema de salud pública y de injusticia social que revela una de las más profundas inequidades en salud...”
(Secretario de Salud, México, 2008⁴)

“Si mejoramos la salud materna, afectaremos en forma positiva la salud en general”
Dra. Patricia Uribe, Directora General, Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, 2008.

En el 2000, la Organización de las Naciones Unidas identificó ocho prioridades globales para ayudar a acabar con la pobreza, conocidas como los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). Los ODM se enfocan en la salud materna y su principal indicador es la reducción de la mortalidad materna en un 75% de 1990 a 2015. En 2007, más de 300 millones de mujeres en los países en desarrollo sufrían de enfermedades relacionadas con el embarazo y el parto y cerca de 536,000 mueren cada año. De las mujeres que perdieron la vida en el parto, 99% viven en países en desarrollo (Obaid, 2007).

La mortalidad materna es un indicador importante del acceso que tienen las mujeres a los servicios de salud que necesitan para ayudar a tomar decisiones de salud reproductiva importantes en sus vidas. El acceso por sí solo está relacionado con una gama de determinantes, incluidas las asignaciones de recursos para crear y sostener servicios, la voluntad política, la conciencia de los signos de complicaciones en el embarazo y la capacidad de buscar ayuda en dichos casos. La mayoría de las muertes de mujeres son prevenibles a través de medidas probadas, tales como personal capacitado en materia de partos y servicios de atención obstétrica

³ La razón de mortalidad materna es el número de defunciones maternas por cada 100,000 nacidos vivos. Es la medida utilizada con mayor frecuencia para indicar el nivel de mortalidad materna en un área específica.

⁴ Las co-autoras se encargaron de las traducciones de español a inglés de las entrevistas y de los documentos.

de emergencia. El hecho de que la mortalidad materna continúe mostrando elevadas razones en muchas partes del mundo la convierte en un tema importante de justicia social y derechos humanos (Iniciativa Internacional sobre Mortalidad Materna y Derechos Humanos, 2008).

El costo de abordar el tema de la mortalidad materna a nivel mundial es relativamente bajo. “Le costaría al mundo menos de dos días y medio de gasto militar salvar las vidas de 6 millones de madres, recién nacidos y niños y niñas cada año” (Thoraya Obaid, Directora del Fondo de Población de las Naciones Unidas, UNFPA, citada en Helzner, 2008: 25). Las medidas a tomarse pueden representar inversiones rentables que beneficiarían a todos los servicios de salud. La Fundación MacArthur es una de las pocas donantes que han priorizado el combate a la mortalidad materna como parte fundamental de su portafolio.

I.B. Importancia de financiar los trabajos que abordan la mortalidad materna en México

La mortalidad materna es más alta en México que en otros países con indicadores económicos similares (Banco Mundial, 2001, citado en Walker et al., 2004). “[Tenemos] una cantidad inaceptable de defunciones...” (Dr. José Ángel Córdoba Villalobos, Secretario de Salud, México 2007). En México, como en otras partes del mundo, calcular las razones y los niveles de mortalidad materna supone un reto. Existe consenso entre los expertos en que la mayoría de las cifras son subestimaciones del problema real, debido a una falta de información y de clasificación de las defunciones maternas. Es difícil determinar las razones precisas de mortalidad materna y los niveles de mortalidad materna continúan teniendo límites amplios de incertidumbre (Hill et al., 2007). La Secretaría de Salud de México ha hecho mejoras importantes en materia de calidad y confiabilidad de las estadísticas sobre mortalidad materna. Desde 2003, la Secretaría de Salud de México ha utilizado el “estándar de oro” internacional para determinar los niveles de mortalidad materna, el enfoque de las Encuestas de Mortalidad en Edad Reproductiva (RAMOS, por su acrónimo en inglés), que es la metodología más exacta para medir la mortalidad materna. A pesar de que la aplicación de RAMOS se inició apenas en el 2003, “la implementación de la metodología ha sido efectiva y exitosa y ha sido utilizada en forma consistente a lo largo de la República Mexicana” (UNFPA et al., 2007:54). Entre 2003 y 2006, la Secretaría de Salud estimó un incremento del 15% en el registro de defunciones maternas a nivel nacional (Secretaría de Salud, 2007:19). Dadas las tendencias en la reducción de la mortalidad materna en México en la década pasada, resulta razonable inferir que dichos “incrementos” se deben casi exclusivamente a una mejora en el reporte de los casos de defunciones maternas.

México ha logrado reducir de forma notable la razón de mortalidad materna en los últimos 17 años. De 1990 a 2007, la razón de mortalidad materna disminuyó en un 37.5%. Sin embargo, los objetivos establecidos por el Gobierno no se han alcanzado. Para el año 2000, México tenía el propósito de alcanzar una TMM de 45.2%, cuando, en realidad, México tenía una TMM de 72.6%. El número de casos de defunciones maternas por año disminuyó de 2,189 en 1990 a

1,543 en el 2000, en tanto el objetivo establecido para el año 2000 era de 1,094 defunciones maternas (Hofbauer et al., 2006). Al mismo tiempo, la *razón de disminución* en la mortalidad materna se incrementó en más del doble en el periodo 1990-1999 (8.98% de disminución acumulada) comparada con el periodo 2000-2007 (23.4% de disminución acumulada). Este cambio coincidió con un incremento triple en el compromiso financiero del gobierno mexicano en las medidas dirigidas a disminuir las defunciones maternas.

Nuestro propio análisis (Apéndice I) muestra que si México continúa invirtiendo en la reducción de la mortalidad materna como un objetivo prioritario y mantiene las medidas estratégicas discutidas a lo largo de este informe, es muy probable que la mortalidad materna disminuya *al menos* un 25% adicional durante los próximos ocho años (2008-2015). Esta es la misma razón en que disminuyó la mortalidad materna de 2000 a 2007, cuando la Fundación y otros donantes hicieron inversiones dirigidas a reducir la mortalidad materna y cuando el gobierno mexicano incrementó su compromiso para disminuir las defunciones maternas. En tanto la meta de los ODM de 547 muertes no se ha alcanzado a la fecha de nuestro análisis, el número de casos de defunciones maternas se ve disminuido en gran medida. También podría argumentarse que la disminución en el porcentaje podría ser mayor a 25%, ya que durante los últimos ocho años se adoptaron y ejecutaron políticas efectivas, tales como servicios de atención obstétrica de emergencia. El periodo actual (2008-2015) podría ser un periodo de consolidación y de reforzamiento de dichas medidas, para que su impacto en la mortalidad materna sea mayor y los cambios hechos continúen a lo largo del tiempo. De esta forma, presentamos un escenario en el cual la mortalidad materna disminuye en un 40% en los próximos ocho años. La meta de los ODM casi se alcanza. El proceso de los ODM en sí ha colocado la mortalidad materna en la agenda política de los gobiernos federal y estatales, así como de las OSC, en México. El Dr. Julio Frenk, Secretario de Salud de 2000-2006, hizo énfasis en que *“Ya sea que se alcance o no la meta del ODM5, en México existen oportunidades en este momento histórico que, si se aprovechan y llevan a cabo, continuarán teniendo un impacto significativo y fuerte en las causas de la mortalidad materna... La Fundación MacArthur es ya un actor bien establecido y bien respetado en México. Los fondos que la Fundación otorga han sido de gran importancia en México y han hecho que el movimiento por la reducción de la mortalidad materna sea sostenible”*. (Frenk, 2008)⁵

I.B.1. Principales causas de la mortalidad materna en México y consolidación del apoyo para abordarlas. Durante un periodo de 4 años (2004-2007), las causas de mortalidad materna permanecieron bastante constantes. La hipertensión durante el embarazo y la hemorragia durante el embarazo, el parto y el puerperio fueron las causas de aproximadamente 50% de los casos de muerte materna en México. Algunas de estas causas de mortalidad materna eran prevenibles. Por

⁵ Dr. Julio Frenk, 2008, Secretario de Salud, México de 2000-2006. Rector de la facultad de Salud Pública de la Universidad de Harvard; Presidente del Instituto CARSO de la Salud; Asociado principal de la Fundación Bill y Melinda Gates.

ejemplo, la muerte derivada del aborto no seguro puede reducirse en gran medida cuando los métodos anticonceptivos que previenen embarazos no deseados están disponibles y son seguros, y las mujeres tienen acceso a servicios de aborto legal. No es posible predecir otras complicaciones, pero son tratables cuando se cuenta con servicios de emergencia dispuestos a servir a mujeres. Las defunciones maternas se concentran más entre las mujeres de escasos recursos que carecen de seguro médico.

Entre los cambios más significativos en las políticas y las prácticas dirigidas a la reducción de la mortalidad materna durante los últimos años, se encuentra el paso de un enfoque de reducción de los riesgos a uno que tiene como objetivo los servicios de atención obstétrica de emergencia (EmOC, por su acrónimo en inglés). La medida más efectiva para salvar la vida en la prevención de defunciones maternas es que las mujeres tengan acceso a clínicas de servicios de atención obstétricas de emergencia, en donde se cuente con personal capacitado, equipo esencial, provisiones y medicamentos. (Maine y Rosenfield, 1999; Graham et al., 2001 citado en Gay et al., 2003).

Entre 1994 y 2006, se alcanzaron logros notables en la reducción de la mortalidad materna al abordar algunas de sus principales causas. Entre éstas se cuentan una mayor asistencia de personal capacitado en el parto de 70% (2000) a 94% (2006), una disminución en el porcentaje de mujeres que murieron en casa sin haber recibido atención médica de 17% (2002) a 13% (2006) y un aumento en el número de municipios que pagaron el transporte de mujeres que requerían de servicios de atención obstétrica de emergencia de 12 (2004) a 118 (2006) (Secretaría de Salud, 2007). Los objetivos trazados por la Secretaría de Salud para el mejoramiento de los EmOC a lo largo del país se delinean en su Plan 2007 y se enfocan en mejorar tanto las medidas del sector salud como las medidas socio culturales, tales como servicios de traducción para la población indígena (Secretaría de Salud, 2007: 32-34; 39; 45). La Fundación puede utilizar su reputación como una forma importante de ayudar a los grupos de interés a desarrollar los planes nacionales y objetivos del gobierno para lograr las metas del ODM.

II. ¿Cuáles son las medidas más efectivas para reducir la mortalidad materna en México?

Las medidas más efectivas para reducir la mortalidad materna en México son el incremento en el acceso a los servicios de atención obstétrica de emergencia; el incremento en el acceso de las mujeres a servicios seguros de aborto; una mayor satisfacción de la necesidad de planificación familiar; el mejoramiento de los recursos humanos, tanto a través de la transformación de la educación médica como a través de la instauración de un modelo de parto humanizado; el mejoramiento de la calidad de la atención médica; y la continuación del reporte y el análisis de las causas de las defunciones maternas. *“Visión: En México en el año 2012, un mayor número de mujeres y recién nacidos tienen acceso a servicios de salud culturalmente competentes, organizados en redes resolutivas, que garantizan una atención oportuna y de calidad durante el*

embarazo, parto, puerperio así como la atención de urgencias obstétricas y neonatales". (Secretaría de Salud, México, 2007: 31).

Dentro de la comunidad de salud materna existe un amplio consenso en relación con un tema básico "... las estrategias del sector salud para la reducción de la mortalidad materna, que incluyen (Starrs, 2007: 1285): atención médica integral en salud reproductiva, incluida la planificación familiar y el aborto seguro, o cuando sea necesario, atención médica después del aborto; atención especializada para mujeres embarazadas durante el embarazo y especialmente al momento del parto; atención médica de emergencia para todas las mujeres, niñas y niños con complicaciones médicas potencialmente mortales"; y cuidados perinatales dentro de los primeros dos días.

Un estudio realizado en coautoría por el donatario de la Fundación, el Dr. Goldie, demostró que para México, la estrategia más efectiva para disminuir la mortalidad materna es incrementar la cobertura de la planificación familiar, asegurar el acceso a servicios de aborto seguro y mejorar el acceso de las mujeres a servicios de atención obstétrica de emergencia integrales (Hu et al., 2007). Esta estrategia combinada reduciría la mortalidad en un 75% para el 2015 y costaría menos que la práctica actual (Hu et al., 2007). Ya que México necesita reducir la mortalidad materna en un 75% para alcanzar la meta de los ODM, Hu et al., 2007 es el camino más realista para alcanzarla⁶. Sin embargo, las recomendaciones incluidas en Hu et al., 2007 se quedan cortas al abordar cuestiones relacionadas con los recursos humanos del sector salud y la calidad de la atención médica, que son factores determinantes en la decisión de utilizar o no los servicios.

México es un caso complejo, de manera que "una estrategia homogénea [para reducir la mortalidad materna] no funcionaría" (Núñez, 2008), lo que hace que la experiencia mexicana sea relevante para otros países, tales como la India, donde los indicadores de salud varían en gran medida de una región a otra y dentro de los Estados, y donde el contexto cultural es tan diverso. México tiene una mortalidad materna alta en dos situaciones muy distintas: zonas urbanas y áreas rurales habitadas en su mayoría por indígenas. Se estima que el 40% de la mortalidad materna en zonas urbanas se debe a atención médica de baja calidad en instalaciones hospitalarias (Secretaría de Salud, México, 2007: 26). A nivel nacional, una de cada tres muertes en hospitales es resultado de una medicación inadecuada o errónea en caso de eclampsia/preeclampsia; una de cada diez muertes en hospitales ocurre debido a técnicas de

⁶ Existen ciertas debilidades en el estudio Hu et al., 2007. Los autores utilizan información sobre casos de fístulas en África para estimar los costos médicos de las complicaciones obstétricas, en tanto que los casos de fístula obstétrica no han sido documentados por el UNFPA en Latinoamérica. Parece poco probable que la atención prenatal no tenga impacto alguno en la mortalidad o morbilidad, tal como se supone en este modelo, ya que esta puede ser una oportunidad importante para que las mujeres conozcan los signos de peligro durante el embarazo y el parto, fortaleciendo así el modelo EmOC. Se expresa que la atención médica durante el puerperio tiene un impacto insignificante en la mortalidad, aunque es importante detectar y tratar la hemorragia puerperal, una de las principales causas de la mortalidad materna. Finalmente, los costos de transportación a las clínicas de atención médica no se incluyen dentro de los costos.

cirugía deficientes (Secretaría de Salud, México, 2007: 26). En áreas indígenas, uno de cada tres nacimientos no es atendido por personal médico en áreas rurales (Secretaría de Salud, 2007: 26). “La mortalidad materna en México tiene una cara indígena. Las estadísticas oficiales demuestran que las mujeres indígenas tienen un riesgo tres veces más alto que las mujeres no indígenas de morir por causas relacionadas a la maternidad” (Freyermuth, 2006^a citado en Meneses, 2007:19).

II.B. Asegurar el acceso de las mujeres a atención médica obstétrica de emergencia integral. Los avances en los programas oficiales de la Secretaría de Salud se han logrado a través de: “... [un] mayor énfasis en elevar la capacidad resolutive de las unidades medicas para la atención de urgencias obstétricas.....” (Secretaría de Salud, México, Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, 2007: 12).

II.C. Mejorar el acceso de las mujeres a servicios de aborto legal y seguros. A nivel mundial, el aborto no seguro es una de las principales causas de mortalidad materna (Grimes et al., 2006) y, cada año, alrededor de cinco millones de mujeres son admitidas en hospitales para el tratamiento de complicaciones derivadas del aborto no seguro (Berer, 2007). “El aborto seguro tiene pocas consecuencias para la salud, mientras que el aborto no seguro es una amenaza a la salud y a la vida de las mujeres” (Sedgh et al., 2007: 1338). “*El aborto no seguro es uno de los principales problemas de salud aquí en México entre la juventud...*” Domínguez, 2008⁷. La razón de aborto inducido, de 33 por cada 1,000 mujeres en edad reproductiva en México, es relativamente alta comparada con los estándares mundiales, donde la incidencia del aborto se estima que es de 29 en países en desarrollo en general. Alrededor de una de cada seis mujeres que tuvieron abortos en 2006 en México fueron hospitalizadas por complicaciones producto de prácticas no seguras (Juárez et al., 2008). El aborto durante el primer trimestre del embarazo fue legalizado por la Asamblea Legislativa del Distrito Federal en abril de 2007 (van Dijk et al., 2007).

II.D. Mejorar el acceso a servicios de planificación familiar. Si bien la mejora en los servicios de planificación familiar en general es un tema que se encuentra claramente fuera del alcance de los lineamientos de otorgamiento de donativos de la Fundación MacArthur, hay que notar que México no alcanzará los ODM si no mejora en esta área (véase Hu et al., 2007). En 2005, 13% de las defunciones maternas ocurrieron en adolescentes. Las adolescentes que quedan embarazadas mueren a una razón más alta que grupos de otras edades (Secretaría de Salud, 2007). En 2006, más del 25% de las mujeres embarazadas de entre 15 y 44 años de edad, reportaron que sus embarazos no fueron deseados; no está claro qué porcentaje eran adolescentes (Juárez et al., 2008). Las adolescentes entre 13 y 16 años de edad que hablan una lengua indígena tienen tres veces menos posibilidad de haber oído hablar de métodos anticonceptivos que las que hablan castellano. Más del 67% de las adolescentes entre 13 y 16 años de edad que hablan una

⁷ El Dr. Domínguez es el Representante de la UNFPA en México y, como tal, no es un donatario de la Fundación.

lengua indígena no utilizan métodos anticonceptivos en el primer encuentro sexual, comparado con alrededor del 41% para sus contrapartes que hablan castellano (Palma, 2008b).

II.E. Mejorar los recursos humanos

II.E. Transformar la educación médica. Una brecha crítica en México es la ausencia de personal médico calificado a lo largo del embarazo y el parto. Un estudio realizado en México que revisó el currículo para la formación y preparación clínica en salud materna de los estudiantes de medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), que indiscutiblemente es una de las escuelas de medicina más prestigiada en México, encontró que la calificación se sitúa en 43% de las aptitudes, comparado con enfermeras obstétricas en 54% y una escuela de parteras en 83%, lo que demuestra la necesidad de mejorar el currículo para enfermeras y médicos generales (Cragin et al., 2007). La estructura del servicio médico mexicano actual otorga responsabilidades a los pasantes médicos graduados de la escuela de medicina, quienes carecen de capacitación y formación clínica. Cada año se gradúan alrededor de 13,000 estudiantes de la escuela de medicina en México cada año, de los cuales aproximadamente un 18% no encuentra trabajo remunerado (Lara, 2008). Los pasantes cursan sólo un año, con una rotación alta en las áreas que tienen las razones más altas de mortalidad materna. *“Los pasantes ven su trabajo como un gran favor que le hacen a la comunidad, en lugar de entender que las poblaciones indígenas en nuestro país también tienen derecho a la salud”* (Donatario de la Fundación⁸, 2008). Los estudiantes están generalmente mal informados o desinformados sobre la legislación estatal en materia de aborto (González de León-Aguirre et al., 2008). Además de la necesidad de mejorar las técnicas de cirugía, *“los médicos necesitan recibir capacitación para atender un parto normal sin realizar una cesárea”*, expresó un antiguo donatario de la Fundación. El modelo de parto humanizado⁹ tiene como objetivo apoyar a mujeres en formas culturalmente adecuadas y respetuosas a lo largo del embarazo, nacimiento y periodo de puerperio. Esto incluye fomentar un ambiente donde las mujeres puedan estar acompañadas durante el proceso de embarazo y nacimiento si así lo deciden. Un estudio realizado por Cochrane Collaboration de 15 pruebas encontró que la presencia constante de una persona de apoyo de parte de los prestadores de servicios de salud (esto es, enfermeras, parteras y personas laicas) “redujo la probabilidad de usar medicamento para quitar el dolor, parto vaginal instrumentado, parto por cesárea y una calificación de Apgar a los 5 minutos de nacimiento menor a 7” (Hodnett, 2000 en Gay et al., 2003). A nivel mundial, “la evidencia muestra una tendencia marcada a favor de las parteras como principales proveedoras de [servicios de salud materna]... Además, la expectativa de que todos los nacimientos sean atendidos por un médico es problemática si se busca alcanzar una alta cobertura, ya que el despliegue y la retención pueden ser más difíciles y también porque resultan en mayores costos en salarios y capacitación. Asimismo, los médicos han demostrado

⁸ Las autoras hacen referencia a “donatario de la Fundación” en lugar de utilizar el nombre de la fuente, para proteger la confidencialidad del hablante. Un “donatario de la Fundación” puede referirse a cualquier persona entrevistada por la Srita. Gray y/o la Dr. Billings y no siempre se refieren a la misma persona.

⁹ <http://mana.org/definitions.html>.

que tienden a sobre medicar el parto...” (Jokhio et al., 2005; Koblinsky et al., 1999 citado en Campbell et al., 2006: 1291).

II.F. Mejorar la calidad de la atención médica en las instalaciones de salud en todos los niveles con competencias y atenciones culturales guiadas por los principios de respeto y dignidad.

En México, la preeclampsia/eclampsia es la principal causa de mortalidad materna (Engenderhealth, 2007). Aunque existe evidencia concluyente que muestra la superioridad del sulfato de magnesio sobre otros medicamentos para el tratamiento efectivo de la eclampsia y la preeclampsia (Magpie Trial collaborative Group, 2002 citado en Hussein, 2007; Duley et al., 2003), el sulfato de magnesio no es comúnmente utilizado en México. Este medicamento no se utiliza en México debido a un currículo médico y una capacitación inadecuadas, así como a empaques con dosis contraindicadas de sulfato de magnesio (Engenderhealth, 2007).

Asimismo, altas razones de cesáreas que no están médicamente indicadas conllevan a un aumento en la mortalidad y la morbilidad maternas (Alves, 2007). Entre 1988 y 2000, 24.1% de todos los nacimientos fueron cesáreas (Campero et al., 2007). Los expertos a nivel mundial estiman que no más del 15% de los nacimientos requieren de una cesárea, y es crítico que las mujeres que en realidad necesitan la práctica de una cesárea son las que la reciban (Gay et al., 2003).

Para poder proporcionar atención médica de calidad, la prestación de servicios de traducción e interpretación para las mujeres que hablan lenguas indígenas resulta esencial. Un estudio realizado en Chiapas demostró que el 33% de los puestos de primeros auxilios no cuentan con servicios de traducción o interpretación disponibles para los pacientes (Meneses, 2007:33).

II.G. Reporte y análisis de las causas de defunciones maternas. México ha mejorado notablemente en la precisión del reporte de las defunciones maternas. A nivel mundial, una de las diez principales estrategias para alcanzar un embarazo más seguro es revisar las defunciones maternas como una vía para mejorar la atención médica (Hussein, 2007). Sin embargo, cualquier sistema que requiera de una investigación sobre las causas de cada defunción materna, necesita percibirse como una experiencia de aprendizaje que puede transformar el sistema de salud, en lugar de una investigación con miras a encontrar un culpable. El AIDEM¹⁰, tal como se encuentra actualmente constituido, supone, en primer lugar, la culpabilidad del médico.

Campero et al. (2006) y Walker et al. (2004) encontraron que existe una grave omisión en el reporte de las muertes violentas relacionadas con el embarazo, y sugieren que “[I]as muertes violentas relacionadas con el embarazo, debieran incluirse en las estadísticas de mortalidad materna... Esto llevaría a políticas, programas y servicios de prevención y atención médica adecuados”.

¹⁰ AIDEM: Grupo de Atención Inmediata a Defunciones Maternas, es un grupo de expertos del Gobierno Federal encargado de la investigación de las defunciones maternas para incrementar la precisión del reporte y evaluación de las maneras de reducir la mortalidad materna.

II.H. Realizar investigaciones y evaluaciones, y divulgar los resultados con el fin de guiar la práctica. La Fundación ha apoyado un número importante de proyectos de investigación, específicamente estudios cualitativos y cuantitativos sobre mortalidad materna, trabajos sobre el uso del sulfato de magnesio y el aborto no seguro, que han sido utilizados para desarrollar, guiar e, incluso, aumentar las intervenciones que comenzaron como programas pilotos pequeños. Estos resultados, las lecciones aprendidas y las estrategias necesitan divulgarse ampliamente hacia las OSC y las Secretarías de Salud de todo el país.

III. ¿De qué manera ha contribuido la Fundación a abordar el tema de la mortalidad materna en México?

III.B. Alcanzando puntos de referencia significativos y con el progreso necesario en varios Estados. El punto de referencia establecido como objetivo de la Fundación en su estrategia para México, fue contribuir a una disminución del 10% con respecto a los números de 1999. Diversos factores, incluido sin limitación, el trabajo de los donatarios de la Fundación, contribuyeron a un declive del 13% en la TMM nacional entre 2002 y 2007, de 63.9 a 55.6.

La Fundación ha enfocado sus esfuerzos en tres Estados de la República que se cuentan entre los que tienen los más altos niveles de mortalidad materna y un gran porcentaje de población indígena en México: Chiapas, Oaxaca y Guerrero. Tal como se hizo a nivel nacional, las metas de la Fundación a nivel estatal se establecieron en una disminución del 10% de la TMM corregida para 1999, de manera que para el 2007 la TMM en Chiapas sería de 88; para Oaxaca, de 73; y para Guerrero, de 88. La meta a cinco años fue superada en Chiapas, pero no en los Estados de Oaxaca y Guerrero. El apoyo de la Fundación a organizaciones de la sociedad civil, además de otros factores, contribuyó a mejorar tanto el registro como la prevención de defunciones maternas.

III.C. El marco de la Fundación para lograr un aumento de la escala: una manera efectiva de reducir la mortalidad materna.

III.C.1. El marco de la Fundación para lograr un aumento de la escala. El Marco de la Gestión del Aumento de la Escala (*Scaling Up Management*, SUM, por su acrónimo en inglés), desarrollado por Management Systems International (MSI, por sus siglas en inglés) con el apoyo de la Fundación, ha sido utilizado por la Fundación para guiar a los donatarios en el desarrollo y la implementación de un plan de aumento de la escala (Cooley and Kohl, 2006). Este marco es un marco sólido. Una de las estrategias claves de la Fundación en México ha sido la de fortalecer y solidificar las organizaciones de la sociedad civil, auxiliando en el desarrollo de mecanismos que enlacen a las OSC con las instituciones gubernamentales, en particular, con las Secretarías de Salud. No es posible llevar a cabo un aumento de la escala sin el intercambio y los enlaces entre las OSC que la Fundación ha acogido y el gobierno.

III.C.3. Las organizaciones de la sociedad civil apoyadas por la Fundación han consolidado la dotación de mayores recursos del gobierno para la salud materna. El trabajo que llevan a cabo los donatarios de la Fundación, específicamente la Coalición para la Salud de la Mujer, una colaboración entre doce organizaciones, ha tenido un gran impacto en los presupuestos tanto estatales como federal dirigidos a la salud materna. En 2007, en gran parte gracias a la presión ejercida por las organizaciones de la sociedad civil, la Secretaría de Salud de México estableció la siguiente meta: *“Adoptar un modelo de diseño del presupuesto basado en resultados que facilite la rendición de cuentas y genere los incentivos para que la Administración Pública Federal y Estatal cumplan las metas planteadas”*. (Secretaría de Salud, México, 2007: 53). Los presupuestos destinados a la salud materna se han incrementado en la última década (Ávila-Burgos et al., 2007, citado en INSAD 2008b; INSAD, 2008b). El presupuesto asignado al Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, el cual ha conducido al gobierno federal a adoptar normas con base en evidencias, recibió un aumento de \$2 millones de dólares en el 2002 a \$69 millones en el 2008 (Layton et al., 2007: 31-32; Uribe, 2008; Díaz, 2008). En este tema también se ha progresado a nivel estatal.

Sin embargo, los problemas persisten. Los cambios recientes han conducido a que el Sistema de Cuentas a Nivel Federal y Estatal, SICUENTAS, de la Secretaría de Salud, no permita identificar con detalle los recursos para programas en específico (INSAD, 2008b). “La voluntad institucional de informar y los dispositivos legales que fungen como mecanismos para acceder a la información sobre las acciones orientadas a abatir la mortalidad materna, son claramente insuficientes tanto para informar a la población como para transparentar lo que se hace” (Díaz, 2006: 17). En el estado de Chiapas, al 2006, había casi 3 millones de personas que no estaban incluidas en el sistema de seguridad social. Participantes de las OSC fuertes, bien informados y con experiencia han sido esenciales para los importantes procesos del aumento de la escala llevados a cabo, que incluyen medidas claves para abordar la mortalidad materna. La Fundación necesita continuar fomentando la colaboración entre la sociedad civil y el gobierno.

III.C.4. Las organizaciones de la sociedad civil apoyadas por la Fundación han sido pioneras en la reunión de pruebas y material de apoyo para la elaboración de nuevas políticas de gobierno con base en la mejor información disponible. Tanto en las áreas geográficas como en las áreas de contenido, las OSC han recabado pruebas y material de apoyo que han logrado convencer al gobierno de cambiar su curso de acción. Los proyectos pilotos liderados por las OSC y la presión sobre el gobierno, han llevado a la adopción institucional, que resulta clave para el aumento de la escala, incluidas la adopción por la Secretaría de Salud federal del modelo EmOC en lugar de un enfoque de riesgo; la despenalización del aborto en la Ciudad de México; y el sistema de alarma y transporte. Las autoridades gubernamentales utilizan directamente los materiales desarrollados por las organizaciones de la sociedad civil que reciben fondos de la Fundación. “Las razones de mortalidad materna han caído en la región de Tenejapa, en el estado de Chiapas, porque los programas de radio y el mural de la población de Tenejapa le han enseñado a la población sobre

las señales de peligro que requieren de atención médica obstétrica de emergencia” (Olvera, 2008¹¹). Los materiales desarrollados por las organizaciones de la sociedad civil apoyadas por la Fundación, entre otras cosas, proporcionan información sobre las señales de peligro que requieren de atención médica obstétrica de emergencia. (<http://www.ciesas.edu.mx/>)¹².

III.C.5. Las organizaciones de la sociedad civil apoyadas por la Fundación han promovido la colaboración entre los Estados, facilitando así el aumento de la escala. Los Comités de Maternidad Segura, apoyados por la Fundación, promueven la colaboración entre las autoridades gubernamentales y las OSC, lo que ha dado como resultado avances claves en materia de salud materna en México. La Fundación debiera continuar e incrementar mecanismos para compartir las lecciones aprendidas en los Estados. Los materiales desarrollados por los donatarios de la Fundación han sido utilizados por las entidades de gobierno, como por ejemplo, la película intitulada *Paso a Paso*.

III.C.6.a. Los donatarios de la Fundación contribuyeron a asegurar el acceso a atención médica obstétrica de emergencia. Los donatarios de la Fundación han sido de especial importancia en el desarrollo de los lineamientos de la Secretaría de Salud federal para el año 2008, que reemplazan el enfoque basado en riesgos con un enfoque más científicamente adecuado que incrementa el acceso a atención médica obstétrica de emergencia.

III.C.6.b. Los donatarios de la Fundación contribuyeron a asegurar el acceso a servicios de aborto seguro. La Fundación ha liderado el camino para México y Latinoamérica hacia el reconocimiento de la carga que el aborto representa para la salud pública y su papel como elemento clave para la reducción de la mortalidad materna. Los donatarios de la Fundación como Gire, Católicas por el Derecho a Decidir, Ipas, Population Council, Equidad de Género, han trabajado durante décadas para asegurar que las mujeres tengan acceso a abortos seguros y legales, y a atención médica posterior al aborto. Los esfuerzos se han enfocado en la divulgación de información que ha sido utilizada para alimentar los debates de políticas públicas y legislativos, la investigación, la capacitación con el sector salud, la creación de redes de activistas jóvenes y la creación de una conciencia general entre la población mexicana sobre el importante y perjudicial impacto que el aborto no seguro (e ilegal) tiene sobre la salud de las mujeres. La información, los argumentos y los enfoques que han desarrollado en colaboración desde el 2000, fueron utilizados para educar a los jueces de la Suprema Corte de Justicia de la Nación sobre el tema, quienes dictaron una sentencia en 2008 en el sentido de declarar constitucional la ley que despenaliza el aborto practicado hasta las 12 semanas de gestación, en el Distrito Federal.

¹¹ Comité por el Derecho a una Maternidad Voluntaria y Segura en el estado de Chiapas, que no recibe apoyos por parte de la Fundación.

¹² 2007. “Todas y Todos en Alerta por una Maternidad Segura” son *spots* de radio desarrollados por CIESAS, un donatario de la Fundación.

III.C.6.d. Los donatarios de la Fundación contribuyeron a incrementar los recursos humanos encargados de la salud materna.

III.C.6.d.i. Transformación de la Educación Médica. Los donatarios de la Fundación han estado a la vanguardia en el tema de la transformación de la educación médica. Desde el 2000, Ipas México ha estado trabajando para incorporar contenidos relacionados con el aborto y derechos humanos en general, así como contenidos sobre salud reproductiva en el currículo de las escuelas de medicina y enfermería en toda la República Mexicana.

III.C.6.d.ii. Implementación del modelo de parto humanizado. Muchos de los líderes en México que defienden el modelo de parto humanizado, son donatarios de la Fundación. Los donatarios de la Fundación han creado programas modelo que proporcionan una calidad de la atención médica adaptada a la cultura específica, en poblaciones con un gran porcentaje de habitantes indígenas soportados por atención médica obstétrica de emergencia. En la población de Tenejapa, en el estado de Chiapas, las mujeres van a dar a luz, acompañadas por la persona a quienes ellas eligen, incluidos los esposos y las parteras tradicionales.

Un incremento en el número de mujeres que eligen dar a luz en instalaciones que cuentan con un médico de planta, donde también se permite la práctica a parteras, y donde se utiliza un modelo de parto humanizado, demuestra que el compromiso con la calidad de la atención y de la adaptación cultural se ha satisfecho. Debiera considerarse la aplicación de este modelo en todo México. En Comitán, Chiapas, se construyó una casa de maternidad cerca del hospital para que las mujeres puedan tener acceso a atención médica obstétrica de emergencia en caso necesario. Otro proyecto modelo es Casa de la Salud de la Mujer Indígena, en la población de Ometepec¹³, en el estado de Guerrero. Está por terminarse la construcción de una casa de maternidad donde las mujeres podrán estar cerca del hospital en caso de presentarse una emergencia obstétrica o para partos normales en la Casa de Maternidad.

III.C.6.e. Donatarios de la Fundación contribuyeron a mejorar la calidad de la atención médica de salud materna. Los donatarios de la Fundación son líderes en materia de calidad de la atención médica. Mientras que el sulfato de magnesio no se utiliza en muchos sitios en México aún cuando está demostrada su efectividad, en el área rural de Tenejapa, Chiapas, donde los donatarios de la Fundación trabajan activamente, esta es la medicina más utilizada por los médicos. En una visita al municipio de Tenejapa, la Lic. Gay y la Dra. Billings solicitaron revisar la “Caja Roja”, una caja de tarjetas con provisiones esenciales para atención médica obstétrica de emergencia. En este lugar, la “Caja Roja” contaba con sulfato de magnesio.

Las OSC que son donatarias de la Fundación, entre otras cosas, movilizaron a la comunidad para la construcción de un Centro de Maternidad y condujeron programas de educación pública con las comunidades de esta región (población de 45,000 habitantes) para reconocer cuándo, dónde y

¹³ Ometepec tiene aproximadamente 50,000 habitantes.

cómo obtener atención médica obstétrica de emergencia. Los servicios de ambulancia que se necesitan se proporcionan sin costo alguno a la familia. Se han desarrollado mapas que muestran la ubicación de las clínicas, los nombres del personal que trabaja en las clínicas y los horarios de atención de las clínicas (Freyermuth, 2006: 33). El Centro de Maternidad, que abrió en 2007, está equipado para estabilizar a las mujeres con emergencias obstétricas de manera que puedan ser transportadas por ambulancia al hospital ubicado en San Cristóbal de las Casas, que se encuentra a dos horas.

Adaptación Cultural, Dignidad y Respeto

El Comité Nacional por una Maternidad Segura está comenzando a enfocarse en asuntos de adaptación cultural (donatario de la Fundación, 2008). Un estudio llevado a cabo en Comitán, Chiapas, por el CISC demostró que las mujeres indígenas perciben con desconfianza y falta de respeto la atención en clínicas por parte de médicos (Tinoco, 2008). Muchos de los donatarios de la Fundación ven su trabajo desde la perspectiva de género e incorporan la tarea a largo plazo de cambiar las normas de género y las relaciones de poder en sus actividades, reconociendo que las relaciones de género existentes en la sociedad muchas veces dejan a las mujeres incapaces de tomar decisiones importantes respecto de sus vidas y su salud. A través del trabajo que se hace sobre las normas de género, los hombres llegan a valorar la vida de las mujeres y así ayudan con el transporte en casos de emergencia y otras necesidades. Los donatarios de la Fundación son parte de los grupos que guían el camino hacia una mejor capacitación para los proveedores de servicios de salud para que den un trato con mayor dignidad y respeto hacia las mujeres.

III.C.6.f. Los donatarios apoyados por la Fundación para la salud materna han contribuido al reporte y al análisis de las causas de las defunciones maternas. Debido en parte a la defensa y la investigación que los donatarios de la Fundación han hecho, la Secretaría de Salud de México ha incrementado en gran medida la precisión de los reportes de las defunciones maternas.

III.C.5.g. Los donatarios, apoyados por la Fundación para la salud materna, han contribuido en la investigación, aunque se requiere de mayores esfuerzos en la divulgación de los resultados para guiar la práctica. Un elemento clave para el éxito en el combate contra la mortalidad materna ha sido la investigación que documenta la evaluación de las iniciativas gubernamentales y la propuesta de política sustantiva (Layton et al., 2007). “El apoyo otorgado por la Fundación MacArthur no podría haber sido más exitoso. Ha habido pocos casos en que la investigación ha conducido a un cambio tan dramático en la política. Aunque la Fundación MacArthur no fue la única donante en México, si jugó un papel vital y tiene un rol central para continuar en el combate a la mortalidad materna en México” (Langer, 2008)¹⁴. La Fundación ha apoyado tanto la investigación como la defensa que llevan a cabo las organizaciones de la sociedad civil así

¹⁴ El Dr. Langer trabajó en la mortalidad materna en México desde los ‘90 hasta el 2005, primero como Director de Investigación sobre la Salud Femenina en el Instituto Nacional de Salud Pública) y luego como el Director Regional del Consejo de Población para Latinoamérica y el Caribe, con sede en la Ciudad de México, el cual ha recibido apoyo de la Fundación para trabajos sobre mortalidad materna desde 2002.

como los Comités tanto Nacional como Estatales por una Maternidad Segura, para asegurar el acceso de las mujeres a EmOC completos. Este trabajo requiere de continuidad y necesita intensificarse para que las intervenciones exitosas puedan formar parte de un programa a nivel nacional en todos los sistemas de salud. Mientras que la Fundación ha hecho contribuciones significativas en la promoción de la investigación, no se han apoyado los esfuerzos necesarios para divulgar los resultados de las mismas (dentro y fuera de México).

IV. Recomendaciones para avanzar hacia la mejora de la MM en México: el papel de la Fundación

Todas las actividades que lleva a cabo actualmente la Fundación en México, contribuyen de forma importante a reducir la mortalidad materna. No se han encontrado pruebas suficientes que demuestren que cualquiera de los programas o elementos debieran aplicarse a menor escala, reducirse o eliminarse. Gran parte del trabajo que han logrado a la fecha la Fundación y sus donatarios, está en proceso de llevarse a una escala mayor por el gobierno y necesitará monitorizarse por los donatarios de la Fundación para asegurar que efectivamente se aplique a mayor escala. Sin un incremento ya sea en los recursos financieros o humanos, no recomendamos que la Fundación cambie su portafolio. Los esfuerzos deben continuar en el sentido de llevar las mejores prácticas actuales a mayor escala, para incrementar el acceso a EmOC y al aborto seguro, y para mejorar la calidad de la atención médica. Con recursos adicionales, la Fundación podría considerar:

IV.A.1. Asegurar el acceso a atención médica obstétrica de emergencia: en parte debido a los esfuerzos de los donatarios de la Fundación, el Gobierno Federal de México ha adoptado un modelo con base en evidencias de EmOC. Sin embargo, los donatarios de la Fundación necesitarán continuar vigilando que la política se traduzca en práctica.

IV.A.2. Mejorar el acceso de las mujeres al aborto seguro: la Fundación debiera continuar apoyando los esfuerzos en los estados de Oaxaca, Guerrero y Chiapas, para adoptar una estrategia de salud pública con base en evidencias con respecto a la atención del aborto y posterior al aborto. La Fundación debiera apoyar los trabajos para que la aspiración manual endouterina (MVA, por su acrónimo en inglés) sea la tecnología mayormente utilizada en los sistemas de salud, y a adoptar el uso comprobado de misoprostola para el aborto temprano y para la atención médica posterior al aborto. También resultan de gran importancia algunos estudios de apoyo que ayudan a identificar mifepristona y misoprostola como un régimen efectivo para el aborto médico. Se requiere de trabajos adicionales para que las jóvenes y las mujeres que se enfrentan a situaciones de embarazos no deseados, conozcan que el aborto legal y seguro es una opción disponible en el Distrito Federal. También se requieren mayores trabajos a nivel estatal para asegurar que se proporcionen los servicios, particularmente en el caso del embarazo resultado de una violación.

IV.A.3. Mejorar el acceso a servicios de planificación familiar: abordar los obstáculos que los y las jóvenes enfrentan respecto del acceso a los anticonceptivos; el trabajo sobre el servicio de y las políticas sobre el aborto y la atención médica posterior al aborto debieran enfatizar la importancia de la información sobre la planificación familiar.

IV.A.4. Mejorar los recursos humanos, la transformar la educación médica e implementar un modelo de parto humanizado: para poder mejorar los recursos humanos, la Fundación necesitaría explorar, en colaboración con las autoridades gubernamentales, y los educadores médicos, de enfermería y de parteras, así como a donatarios de la Fundación presentes y pasados, la manera óptima de mejorar los recursos humanos para reducir la mortalidad materna. Otras estrategias a considerar son la creación de brigadas de parteras o el incremento de los conocimientos, aptitudes y alcance de la práctica de las enfermeras. Actualmente, México no cuenta con una brigada de parteras lo suficientemente grande como para tener un impacto importante en la mortalidad materna. Se necesitarían cambios en las políticas para autorizar ya sea a enfermeras o a parteras a efectuar ciertas intervenciones médicas. Sería necesario evaluar cuáles son las opciones dentro del contexto actual de México y cuáles serán los usos más eficientes de los recursos. Es poco factible pensar que los médicos pueden proporcionar toda la atención médica en todas las comunidades de México. Las OSC que abogan por el modelo de parto humanizado debieran ser apoyadas por la Fundación para que logren tener una voz política colectiva más fuerte con miras a influenciar las políticas públicas y la práctica.

IV.A.5. Mejorar la calidad de la atención médica: se requieren trabajos intensivos para aplicar a gran escala los trabajos sobre calidad de la atención médica. El sulfato de magnesio debe ser utilizado en todos los servicios de salud de México. Deben llevarse a cabo programas de capacitación previos y durante el servicio para mejorar tanto la competencia técnica como las relaciones paciente-personal médico. También debieran estar disponibles servicios de traducción para las mujeres y sus familias, así como el permitirles a las mujeres que estén acompañadas por la persona de su elección durante todo el proceso de parto. Debe reducirse el número de cesáreas y sólo utilizarse dicho procedimiento cuando esté médicamente indicado.

IV.A.6. Informar sobre y analizar las causas de las defunciones maternas: debe llevarse a cabo una evaluación sobre si es conveniente invertir en mayores recursos más allá de lo que se ha logrado a la fecha en materia de reporte y análisis de las causas de las defunciones maternas. El Anexo 2 contiene referencias de recursos en la Web adicionales.

IV.A.7. Realizar investigaciones y evaluaciones, y divulgar los resultados para guiar la práctica: la Fundación debe invertir para proporcionar apoyo en tecnologías de la información a los donatarios. Esta inversión será una gran contribución para poder aplicar a gran escala los programas. La Fundación debe incrementar la divulgación de los trabajos innovadores y de éxito de sus donatarios en México. También debiera compartir las lecciones aprendidas en México con todo México y con otros países.

IV.B. De qué manera podría la Fundación ayudar a alcanzar las metas del ODM5 expandiéndose más allá de los Estados que son una prioridad actualmente: las intervenciones que han demostrado ser exitosas debieran escalarse a todo México. En el proceso de escalamiento, también deben modificarse las intervenciones para ajustarse a los contextos y las realidades locales. Ya existen OSC enfocadas en la mortalidad materna que la Fundación pudiera apoyar en algunos de estos Estados. Sin embargo, estas OSC no han enfocado sus trabajos exclusivamente en la salud materna y necesitarían contar tanto con recursos como con asistencia técnica para poder aumentar la escala dentro de sus respectivos Estados de la misma forma que otras OSC lo han hecho a la fecha, apoyadas por la Fundación en los Estados prioritarios de Oaxaca, Chiapas y Guerrero. Existen argumentos a favor de una expansión de los trabajos en la Ciudad de México. Si bien el alcance de la organización Reduce, que cuenta con el apoyo de la Fundación en la Ciudad de México, es nacional, podría también brindar asistencia en la creación de un ambiente favorable en materia de políticas para reducir la mortalidad materna en la Ciudad de México.

V. Conclusiones

Una reducción en la mortalidad materna ayudaría a alcanzar las metas de ODM, además de impactar en la salud general no sólo de las mujeres mexicanas, sino de todos los mexicanos, lo cual podría lograrse incluso a bajo costo. Al ser una Fundación global con sede en los EE.UU., la presencia continua de la Fundación MacArthur en Latinoamérica a través de sus oficinas en México, juega un papel central en el mantener a la región dentro de la agenda internacional sobre maternidad segura. Los esfuerzos de la Fundación han contribuido enormemente a reducir la mortalidad materna en México.

La Fundación ha contribuido a establecer algunos puntos de referencia significativos, aunque se necesita cierto progreso en algunos Estados. El marco teórico de la Fundación para lograr subir de escala ha sido consistente y ha conducido al fortalecimiento de los trabajos clave de las OSC en salud materna. Los donatarios de la Fundación han sido clave en accionar más recursos del gobierno asignados a la salud materna. Los donatarios de la Fundación han estado a la vanguardia en el desarrollo de investigaciones y defensa con base en información científica y han promovido la colaboración entre los Estados. La Fundación y sus donatarios han apoyado a organizaciones claves de la sociedad civil que han hecho contribuciones vitales para asegurar el acceso a EmOC, al aborto seguro, a la planeación familiar, al mejoramiento de los recursos humanos y la calidad de la atención médica, al reporte y al análisis de las causas de las defunciones maternas, y a la investigación. Todas las actividades que actualmente lleva a cabo la Fundación en México contribuyen en forma importante a la reducción de la mortalidad materna. No se encontraron datos que demostraran la necesidad de reducir o eliminar ciertos programas o elementos. Gran parte de los trabajos que la Fundación y sus donatarios han logrado están en

proceso de llevarse a una escala mayor por el gobierno, y deberán ser vigilados por los donatarios de la Fundación para asegurarse de que efectivamente se apliquen a mayor escala. En otras áreas importantes, los donatarios de la Fundación están a la vanguardia en proyectos pilotos que hay que desarrollar y aplicar a una escala mayor. Sin un incremento en los recursos tanto financieros como humanos, no recomendamos un cambio en el portafolio de la Fundación. Los esfuerzos deben continuar para aplicar a una mayor escala las mejores prácticas actuales e incrementar el acceso a EmOC y a un aborto seguro.

Dos de las principales tareas que tendrían un impacto en la mortalidad materna serían que la Fundación se enfocara en los esfuerzos para mejorar los recursos humanos y la calidad de la atención médica. Esto requeriría explorar en colaboración con las autoridades gubernamentales y con profesionales de la educación médica, de enfermería y de parteras profesionales, así como con donatarios presentes y pasados de la Fundación, la manera óptima de mejorar los recursos humanos y reducir la mortalidad materna. Se requiere de una evaluación cuidadosa para seleccionar qué temas relacionados con la calidad de la atención médica deben abordarse y cuáles donatarios de la Fundación podrían incrementar esfuerzos en estas áreas.

Se requiere además de esfuerzos adicionales por parte de la Fundación y de sus donatarios para divulgar este cuerpo importante de información sobre los trabajos. La brecha más importante en los esfuerzos actuales de la Fundación es la necesidad de compartir las lecciones aprendidas y divulgar los materiales tanto dentro de México como a nivel global, así como facilitar la divulgación de investigaciones globales recientes en México.

La Fundación podría ayudar a México a alcanzar las metas del ODM, mediante la expansión de sus trabajos más allá de los Estados prioritarios de Chiapas, Oaxaca y Guerrero, pero sólo mediante un incremento en el equipo y los recursos. La Fundación continúa jugando un papel importante en la reducción de la mortalidad materna al tiempo que el mundo avanza hacia el 2015.

Referencias:

Las autoras de este informe quieren expresar un reconocimiento al tiempo y la generosidad de todas las personas entrevistadas. Sin su compromiso con este difícil trabajo, la mortalidad materna no sería abordada en México.

Ahued, A. 2008. El Dr. Ahued es el Secretario de Salud del Distrito Federal, México y como tal, no es un donatario de la Fundación.

Alonso, C. 2008. Entrevista con Jill Gay y Deborah Billings, 1º de octubre, San Cristóbal de las Casas, Chiapas, México. La Srita. Cristina Alonso Lord es la Directora General de Luna Maya Casa de Partos en San Cristóbal de las Casas. www.lunamaya.org

Althave, F., P. Buekens, E. Bergel, J. Belizan, M. Campbell, N. Moss, T. Hartwell, L. Wright y el Guidelines Trial Group. 2008. “A Behavioral Intervention to Improve Obstetrical Care.” (Una intervención en el comportamiento para mejorar la atención obstétrica), *New England Journal of Medicine* 358 (18): 1929-1940.

Alves, S. 2007. “Maternal Mortality in Pernambuco, Brazil: What Has Changed in Ten Years?” (La mortalidad materna en Pernambuco, Brasil: ¿Qué ha cambiado en diez años?) *Reproductive Health Matters* 15 (30): 134-144.

Avellaneda Díaz, X. 2008. Entrevista con Jill Gay y Deborah Billings, Oaxaca, México, 26 de septiembre de 2008. La Srita. Avellaneda es la Coordinadora de Salud Sexual y Reproductiva, Grupo de Estudios sobre la Mujer Rosario Castellanos, ciudad de Oaxaca, Oaxaca, México. La organización es donataria de la Fundación.

Bacci, A., G. Lewis, V. Baltag y A. Betran. 2007. “The Introduction of Confidential Enquiries into Maternal Deaths and Near-Miss Case Reviews in the WHO European Region.” (Introducción de cuestionarios confidenciales en la revisión de defunciones maternas y cuasi-defunciones en la Región Europea de la OMS”. *Reproductive Health Matters* 15 (30): 145-152.

Balazar Sagrero, E. 2008. Entrevista con Jill Gay y Deborah Billings, 6 de octubre, Chilpancingo, Guerrero, México. El Dr. F. Esmir Balazar Sagrero es Director de Servicios de Salud, Secretaría de Salud Estatal, Guerrero, 2008.

Barragán, R. 2008. Entrevista con Jill Gay y Deborah Billings, Comitán, Chiapas, México, 3 de octubre. El Dr. Ramón Barragán Cruz, es médico y jefe de Planeación Familiar del Hospital de la Secretaría de Salud, Comitán, Chiapas.

Berer, M. 2007. “Maternal Mortality and Morbidity: Is Pregnancy Getting Safer for Women?” (Mortalidad y Morbilidad Maternas: ¿Se está volviendo más seguro el embarazo para las mujeres?), *Reproductive Health Matters* 15 (30): 6 -16.

Billings, D., B. Crane, J. Benson, J. Solo y T. Fetters. 2007a. “Scaling-up a Public Health Innovation: A Comparative Study of Post-abortion Care in Bolivia and Mexico.” (Ampliación de una estrategia de innovación de salud pública: un estudio comparativo de atención médica

después del aborto en Bolivia y México), *Social Science & Medicine*: 2210-2222.

Bronfman, M., A. Langer, J. Trostle. 2003. De la investigación en salud a la política: La difícil traducción. Manual Moderno y el Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, México.

Bruce, J. 1990. "Fundamental Elements of Quality of Care: A Simple Framework," (Elementos fundamentales de la calidad de la atención médica: un marco regulatorio simple), *Studies in Family Planning* 21, no. 2: 61-91.

Campbell, O., y W. Graham en nombre del grupo directivo The Lancet Maternal Survival Series. 2006. "Strategies for Reducing Maternal Mortality: Getting on with What Works." (Estrategias para reducir la mortalidad materna: continuar aplicando lo que funciona), *The Lancet* 368: 1284-1299.

Campero, L., B. Hernández, A. Leyva, F. Estrada, J. Osborne y S. Morales. 2007. "Tendencia de cesáreas en relación con factores no clínicos en un centro de educación para el parto en la Ciudad de México." *Salud Pública de México* 49 (2): 118-125.

Castañeda, M. 2007. "El Seguro Popular en la atención materna en Oaxaca: los pendientes del sexenio." Pp. 105-127 in Ed. Daniela Díaz. *Muerte Materna y Seguro Popular*. Ciudad de México, México: Fundar. Sitio Web: www.fundar.org.mx

Castañeda, M. 2008. Entrevista con Jill Gay y Deborah Billings. 26 de septiembre de 2008. Ciudad de Oaxaca, Oaxaca, México. La Dr. Marta Castañeda es consejera de la organización Centro para los Derechos de la Mujer Naaxwin, A.C., donataria de la Fundación, y Presidenta del capítulo Oaxaca del Foro Nacional de Mujeres y Políticas de Población (Foro-Oaxaca). Cecatti, J., J. Souza, M. Parpinelli, M. de Sousa y E. Amaral. 2007. "Research on Severe Maternal Morbidities and Near-Misses in Brazil: What We Have Learned." (Investigación sobre morbilidades maternas severas y accidentes en Brasil: lo que hemos aprendido), *Reproductive Health Matters* 15 (30): 125-133.

CNEGSR. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. 2008. Panorámica de la muerte materna en México. 1a. Reunión Técnica de Promoción de la Salud Materna. Chiapas, Guerrero y Oaxaca, 21 y 22 de febrero de 2008. Memoria. Disponible en CD en la Fundación MacArthur, México.

CNEGSR. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. 2009. Focalización en 6 acciones para disminuir la mortalidad materna. Análisis disponible en CNEGSR.

Comité por una Maternidad Voluntaria y sin Riesgos, Centro de Investigaciones en Salud de Comitán, A.C., Instituto de Salud y El Colegio de la Frontera del Sur. *Spots de Radio, Campaña, 'Demos Luz a la Vida'*. Comitán, Chiapas.

Cooley, L. y R. Kohl. 2006. *Scaling Up – From Vision to Large Scale Change: A Management Framework for Practitioners* (Ampliación, de una visión a un cambio a gran escala: un marco de gestión para profesionales). Washington, DC: MSI.
<http://www.msiworldwide.com/files/scalingup-framework.pdf>

Countdown to 2015 (Iniciativa cuenta atrás para el 2015). 2008, "Mexico."
www.countdown2015mnch.org

Cragin, L., L. DeMaria, L. Campero y D. Walker. 2007. "Educating Skilled Birth Attendants in Mexico: Do the Curricula Meet International Confederation of Midwives Standards?" (Capacitación de personas que asistan en el parto en México: ¿Satisface el currículo los estándares de la Confederación Internacional de Parteras?), *Reproductive Health Matters* 15 (30): 50-60.

Cruz, M. 2008. Entrevista con Jill Gay y Deborah Billings, 26 de septiembre, Ciudad de Oaxaca, Oaxaca. La Srita. Cruz es una estudiante becaria patrocinada por el Grupo de Estudios sobre la Mujer Rosario Castellanos, Ciudad de Oaxaca, Oaxaca, México. La organización es donataria de la Fundación.

Damian, D. 2008. Entrevista con Jill Gay y Deborah Billings, 1º de octubre, San Cristóbal de las Casas, Chiapas, México. Diana Damian es ex donataria de la Fundación Semilla y actualmente trabaja con la organización Formación y Capacitación A.C. (FOCA) en San Cristóbal de las Casas, Chiapas.

De la Cruz, F. 2008. Entrevista con Jill Gay y Deborah Billings, pueblo de Ometepec, Guerrero, México, 5 de octubre. La Sra. Francisca de la Cruz es una mujer indígena miembro de la Casa de Salud Materna Indígena, donataria de la Fundación, en el pueblo de Ometepec, Guerrero, México.

Díaz, D. 2006. "El costeo de medicamentos para la Atención Obstétrica de Emergencia: Hacia una Estrategia Alternativa contra la Mortalidad Materna." Pp. 3-26 in Ed. D. Díaz. 2006. *Muerte Materna y Presupuesto Público*. Ciudad de México, México: Fundar. Website: www.fundar.org.mx

Díaz, D. 2008. Entrevista con Jill Gay y Deborah Billings, Ciudad de México, México, 25 de septiembre. La Srita. Daniela Díaz es gerente de proyectos de la organización Fundar, donataria de la Fundación, la cual lleva a cabo trabajos de investigación y defensa para incrementar los recursos presupuestales a nivel tanto federal como estatal para la salud materna.

Dickson-Tetteh, K y D. Billings. 2002. Abortion Care Services Provided by Registered Midwives in South Africa (Servicios de atención del aborto proporcionados por Parteras registradas en Sudáfrica). *International Family Planning Perspectives*, 28(3):144-150.

Dircio, L. 2008. Entrevista con Jill Gay y Deborah Billings, 6 de octubre, Tlayacapan, Morelos, México. Donataria de la Fundación Semilla, la Srita. Libni Iracema Dircio Chatla es una mujer indígena joven miembro de la Coordinadora Guerrerense de Mujeres Indígenas en el estado de Guerrero.

Domínguez Toledo, M. 2008. Entrevista con Jill Gay y Deborah Billings, San Cristóbal de las Casas, Chiapas, 1o de octubre, y en la Casa Materna, municipio de Tenejapa, Chiapas el 2 de octubre. El Dr. Mauricio Domínguez Toledo es un medico empleado por la Secretaría de Salud

del estado de Chiapas, quien trabaja en el Centro de Maternidad en el pueblo de Tenejapa, Chiapas y como tal, no recibe donativos de la Fundación.

Domínguez, J. 2008. Entrevista con Jill Gay y Deborah Billings, 25 de septiembre, Ciudad de México, México. El Dr. Domínguez es representante de UNFPA en México y como tal, no es un donatario de la Fundación.

Donatario de la Fundación. 2008. Es una persona diferente en cada caso entrevistada por Jill Gay y Deborah Billings en México entre el 22 de septiembre y el 6 de octubre de 2008. Esta persona trabajó para una organización que recibe fondos por parte de la Fundación.

Duley, L., A. Gulmegoglu, y D. Henderson-Smart. 2003. "Magnesium Sulphate and Other Anticonvulsants for Women with Pre-eclampsia." (Sulfato de magnesio y otros anticonvulsivos para mujeres con pre eclampsia), *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Issue 2. Art. No. CD000024.

Engenderhealth. 2007. "Balancing the Scales: Expanding Treatment for Pregnant Women with Life-threatening Hypertensive Conditions in Developing Countries." (Equilibrando la balanza: expansión del tratamiento para mujeres embarazadas con enfermedades hipertensivas mortales en países en desarrollo), NY.

Espinoza, G. 2008. Entrevista con Jill Gay y Deborah Billings, 24 de septiembre, Ciudad de México, México. El Dr. Espinoza es investigador de la Universidad Autónoma Metropolitana en la Ciudad de México, México y no es donatario de la Fundación.

Estrada, A. 2008. Entrevista con Jill Gay y Debbie Billings en la Universidad Autónoma de Chiapas, ciudad de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, 29 de septiembre de 2008. El Dr. Angel René Estrada Arévalo es ex Secretario de Salud del estado de Chiapas y actualmente es Rector de la Universidad Autónoma de Chiapas. El Dr. Estrada nunca ha sido donatario de la Fundación.

Fawcus, S. 2008. "Maternal Mortality and Unsafe Abortion." (Mortalidad materna y aborto no seguro), *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology* 22 (3): 533-548.

Frederick, B. 2007. "Contraception, Safe Abortion and Maternal Morbidity." (Anticoncepción, aborto seguro y morbilidad materna), *The Lancet* 370: 1295-1297.

Frenk, J. 2008. Entrevista con Deborah Billings por teléfono, 5 de noviembre. El Dr. Frenk fue Secretario de Salud de México de 2000 al 2006. Es Presidente del Instituto CARSO de la Salud; Asociado principal de la Fundación Bill y Melinda Gates; Rector entrante de la facultad de Salud Pública de la Universidad de Harvard (2009).

Freyermuth, 2006. "Políticas internacionales orientadas a abatir la mortalidad materna: atención obstétrica de emergencia vs. atención calificada del parto. Un análisis de costos para Chiapas." Págs. 25- 62 en Ed. D. Díaz. 2006. *Muerte Materna y Presupuesto Público*. Ciudad de México, México: Fundar. Sitio Web: www.Fundar.org.mx.

Freyermuth, G. 2008. Entrevista con Jill Gay y Deborah Billings, 30 de septiembre, San Cristóbal de las Casas, Chiapas, México. La Dra. Graciela Freyermuth es Secretaria Técnica del comité Nacional por una Maternidad Segura (NSMC, por su acrónimo en inglés) y no es

donataria de la Fundación.

Freyermuth, G., D. Meléndez, S. Meneses y P. Sesia. 2008. “Propuesta general para mejorar la respuesta del programa de oportunidades ante la muerte materna.” 21 de marzo. Comité Nacional Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México; Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos – Oaxaca y Comité Promotor por una Maternidad Voluntaria y Segura en Chiapas. México.

Galante, C. 2008 Entrevista con Jill Gay y Debbie Billings, 27 de septiembre en Oaxaca. Cristina Galante de la organización Nueve Lunas, donataria de la Fundación, en Oaxaca, es una partera y enfermera certificada que recibió capacitación en Italia, así como estudios en medicina indígena.

Gay, J., K. Hardee, N. Judice, K. Agarwal, K. Fleming, A. Hairston, B. Walker y M. Wood. 2003. *What Works: Safe Motherhood, Module 1*. (Qué funciona: maternidad segura, Módulo I), Washington, DC: Policy Project, Futures/Constella.

Gill, K., R. Pande y A. Malhotra. 2007. “Women Deliver for Development.” (*The Lancet* 370: 1347-1357.

Gómez, A. 2008. Entrevista con Jill Gay, 2 de octubre en la región de Tenejapa, Chiapas. Angel Gómez es un joven indígena.

González de León-Aguirre, D., D.L. Billings y R. Ramírez-Sánchez. 2008. “El Aborto y la Educación Médica en México.” *Salud Pública de México* 50(3):258-267.

Graham, W., E. Achadi, M. Armar-Klemesu, T. Ensor y N. Meda. 2007. “Dear Minister.” *Reproductive Health Matters* 15 (30): 211-213.

Graham, W., L. Foster, L. Davidson, E. Hauke, O. Campbell. 2008. “Measuring Progress in Reducing Maternal Mortality.” (Medición de los avances en la reducción de la mortalidad materna), *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology* 22 (3): 425-2008.

Greenslade, F.C. y Jansen, W.H. 1998. Postabortion care services: an update from PRIME (Servicios de atención después del aborto: actualización de PRIME), *Resources for Women's Health*, Vol. 1, No. 2.

Grimes, D., J. Benson, S. Singh, M. Romero, B. Ganatra, F. Okonofua y I. Shah. 2006. “Unsafe Abortion: The Preventable Pandemic.” (Aborto no seguro: la pandemia prevenible), *The Lancet* 367: 1066-1074.

Grupo de Estudios sobre la Mujer Rosario Castellano. 2000. *Paso a Paso Cuida el Embarazo, Manual para la Capacitación*. Ciudad de Oaxaca, Oaxaca, Mexico.

Helzner, J. 2008. “Three Pillars of Maternal Health.” (Tres pilares de la salud materna), *Ms. Magazine* Summer: 24-25.

Hernández Ávila, M. 2007. “Mensaje del Subsecretario de Prevención y Promoción de la

Salud.” Pág. 9 en Secretaría de Salud, Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. *Programa de Acción Específico, 2007-2012, Arranque Parejo en la Vida*. Ciudad de México, México.

Hernández Ávila, M. 2008. Entrevista con Jill Gay el 24 de septiembre, Ciudad de México, México. El Dr. Hernández es Subsecretario de Promoción y Prevención de la Salud, Secretaría de Salud, México, y como tal, no es donatario de la Fundación.

Hernández, B. 2008. Entrevista con Jill Gay el 23 de septiembre en Cuernavaca, México. El Dr. Bernardo Hernández es Jefe de Salud Reproductiva del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), y como tal, no es donatario de la Fundación. Es uno de los expertos en el registro de defunciones maternas. El INSP es un instituto de investigación perteneciente a la Administración Pública Descentralizada.

Hill, K., K. Thomas, C. AbouZahr, N. Walker, L. Say, M. Inoue, E. Suzuki a nombre del grupo Maternal Mortality Working Group. 2007. “Estimates of Maternal Mortality Worldwide between 1990 and 2005: An Assessment of Available Data.” (Estimaciones de la mortalidad materna a nivel mundial entre 1990 y 2005: una evaluación de la información disponible), *The Lancet* 370: 1311-1319.

Hofbauer, H. V. Zebadúa y coordinadores. 2006. “Avances y Retrocesos: Una Evaluación Ciudadana del Sexenio 2000-2006.” Mexico, DF.

Hu, D., S. Bertozzi, E. Gakidou, S. Sweet y S. Goldie. 2007. “The Costs, Benefits and Cost-Effectiveness of Interventions to Reduce Maternal Morbidity and Mortality in Mexico.” (El costo, los beneficios y el costo-efectividad de las intervenciones para reducir la morbilidad y la mortalidad maternas en México), *Plos One* 8: 1-10.

Hulton, L., Z. Matthews, y R. Stones. 2000. “A Framework for the Evaluation of Quality of Care in Maternity Services.” (Un margo para la evaluación de la calidad de la atención en los servicios de maternidad), Southampton, UK: University of Southampton. Sitio Web: www.socstats.soton.ac.uk/choices/

Hussein, J. 2007. “Celebrating Progress toward Safer Pregnancy.” (Celebrando el avance hacia un embarazo más seguro), *Reproductive Health Matters* 15 (30): 216-218.

INSAD y Guttmacher Institute. 2008a. “Gasto en Salud Materna y en Salud Sexual y Reproductiva de los Jóvenes en México (2003-2005).” Ciudad de México, México.

INSAD y Guttmacher Institute. 2008b. “Políticas en Salud y Mortalidad Maternas, y en Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes en México (1991-2007).” Ciudad de México, México.

INSAD y Guttmacher Institute. 2008c. “Servicios de Salud Materna y de Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes en México (1991-2007).” Ciudad de México, México.

International Initiative on Maternal Mortality and Human Rights (Iniciativa Internacional en Mortalidad Materna y Derechos Humanos). 2008. Consulta realizada el 29 de 2008,

www.righttomaternalhealth.org; <http://physiciansforhumanrights.org/library/news-2007-10-19.html>; http://www2.essex.ac.uk/human_rights_centre/rth/docs/Launch_Flyer.low%20res.pdf

Ipas México, Asociación de Facultades y Escuelas de Enfermería Veracruz-Chiapas, AC and Universidad Veracruzana, Escuela de Enfermería. 2006. "Sexo, Anticoncepción, Embarazo y Aborto: Experiencias entre las Estudiantes de Enfermería en Veracruz y Chiapas (México)." Ipas México.

Juárez, F., S. Singh, S. García y C. Díaz Olavarrieta. 2008. "Estimates of Induced Abortion in Mexico: What's Changed between 1990 and 2006?" (Estimaciones del aborto inducido en México: ¿Qué ha cambiado entre 1990 y 2006?) *International Family Planning Perspectives* 34 (4): 2-12.

Kerber, K., J. de Graft-Johnson, Z. Bhutta, P. Okong, A. Starrs y J. Lawn. 2007. "Continuum of Care for Maternal, Newborn and Child Health: From Slogan to Service Delivery." (Uniformidad de la atención para la salud materna, neonatal e infantil: del slogan a la práctica). *The Lancet* 370: 1358-1369.

Langer, A. 2008. Entrevista en NY, NY, EE.UU. el 10 de septiembre por Jill Gay. El Dr. Langer actualmente es Presidente y Director General de Engenderhealth, y trabajó en mortalidad materna en México desde los años 90 hasta el 2005, primero como Director de Investigación en Salud Materna en el Instituto Nacional de Salud Pública y luego como Director Regional del Consejo de Población para Latinoamérica y el Caribe, con sede en la ciudad de México, la cual ha recibido fondos de parte de la Fundación para trabajos en mortalidad materna desde el año 2002.

Lara, D., S. García, C. Ellerston, C. Camlin y J. Suarez. 2006. "The Measure of Induced Abortion Levels in Mexico Using Random Response Technique." (Medición de los niveles de aborto inducido en México utilizando la técnica de respuesta aleatoria), *Sociological Methods & Research* 35 (2): 279-301.

Lara, V. 2008. Contacto personal a través del correo electrónico por Deborah Billings, octubre de 2008. Presidente de la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina, AC (México).

Layton, M., B. Carrete, I. Terraza, y A. Rodríguez. 2007. "Mexico Case Study: Civil Society and the Struggle to Reduce Maternal Mortality." (Estudio de caso México: sociedad civil y la lucha para reducir la mortalidad materna), Ciudad de México, México: Ford Foundation y el Institute of Development Studies.

Lozano, R., R. Núñez, M. Duarte y J. Torres. 2005. "Evolución y tendencias a largo plazo de la mortalidad materna en México. En: Zúñiga, E. Coordinador. *México ante los desafíos de desarrollo del Milenio*. Ciudad de México, México: CONAPO.

Magpie Trial Collaborative Group. 2002. "Do Women with Pre-Eclampsia and their Babies Benefit from Magnesium Sulphate? The Magpie Trial: A Randomized Placebo-controlled Trial." (¿Se benefician las mujeres con pre eclampsia y sus bebés del sulfato de magnesio? La

prueba Magpie: una prueba con placebo controlada aleatoria), *The Lancet* 359: 9321): 1877-1890.

Martinez Mengier, C. 2008. Entrevista con Jill Gay y Debbie Billings el 26 de septiembre en la ciudad de Oaxaca, Oaxaca, México. El Dr. Carlos Martinez Mengier no es donatario de la Fundación y trabaja como Jefe de Salud Perinatal de la Secretaría de Salud de Oaxaca.

Mejía, MC. 2008. Entrevista con Jill Gay en la ciudad de México, 25 de septiembre. La Srita. María Consuelo Mejía Pineros es directora de la organización apoyada por la Fundación, Católicas por el derecho a decidir, en México.

Meléndez, D. 2007. “Guerrero: La Muerte Materna en Guerrero al margen de la respuesta gubernamental. El desafío para el Seguro Popular.” Pp. 65-102 in Ed. Daniela Díaz. *Muerte Materna y Seguro Popular*. Ciudad de México, México: Fundar. Sitio Web: www.fundar.org.mx

Meléndez, D. 2008. Entrevista con Jill Gay y Debbie Billings el 30 de septiembre y el 1° de octubre en San Cristóbal de las Casas, Chiapas, México. Como donatario de la Fundación, el Dr. David Meléndez Navarro es investigador para la organización Fundar, la cual lleva a cabo análisis de presupuestos, y es Coordinador de Proyectos para el Comité Nacional por una Maternidad Segura.

Meneses Navarro, S. 2007. “Acceso universal a la atención obstétrica, El Seguro Popular de Salud frente al reto de la muerte materna en Los Altos de Chiapas.” Págs. 13-62 en Ed. Daniela Díaz. *Muerte Materna y Seguro Popular*. Ciudad de México, México: Fundar. Website: www.fundar.org.mx

Miranda, L. 2008. Entrevista con Jill Gay y Deborah Billings, 1° de octubre, San Cristóbal de las Casas, Chiapas, México. La Dra. Laura Miranda es Directora de Marie Stopes (MS) Sureste, San Cristóbal de las Casas, Chiapas, México. MS es donataria de la Fundación.

Mondragon y Kalb, M. 2008. “The Legalization and Implementation of Abortion Services in Mexico City.” (La legalización e implementación de los servicios de aborto en el Distrito Federal). Diapositivas en PowerPoint de la presentación para la reunión de la Federación Nacional del Aborto en Miniápolis, Minnesota, EE.UU., 7 de abril, y enviada a Jill Gay y Deborah Billings por el Dr. Ahued, Secretario de Salud, de la Ciudad de México.

Montoya, L. 2008. Entrevista con Jill Gay y Deborah Billings en San Cristóbal de las Casas, Chiapas, México, el 1° de octubre. La Dra. Leticia Guadalupe Montoya Lievano es Jefe de la Jurisdicción Sanitaria No. II del instituto de Salud de Chiapas, y como tal, no recibe fondos por parte de la Fundación.

Moodley, J. 2008. “Maternal Deaths Due to Hypertensive Disorders in Pregnancy.” (Defunciones maternas producto de desórdenes hipertensivos en el embarazo), *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology* 22 (3): 559-567.

Morales, G. 2008. “Informe Mensual de Productividad Post Evento Obstétrico y OTB

Intervalo, 26 de julio al 25 de agosto, 2008.” Secretaría de Salud, Chiapas.

Murdock, M. 2008. Entrevista por teléfono con Jill Gay y Deborah Billings, 14 de octubre. La Srita. Murdock es directora de programa para Latinoamérica y el Caribe, de Family Care International (FCI), la cual recibió fondos de parte de la Fundación para asistencia técnica del Comité Nacional por una Maternidad Segura de México.

Núñez, R. Entrevista con Jill Gay, 23 de septiembre, Cuernavaca, México. La Dra. Rosa María Núñez es investigadora para el Centro de Investigación en Salud Poblacional, Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, México, y como tal, no es donataria de la Fundación.

Obaid, T. 2007. “No Woman Should Die Giving Life.” (Ninguna mujer debiera morir al traer vida), *The Lancet* 370: 1287-1288.

Olivera, M. 2008. Entrevista con Jill Gay y Deborah Billings, ciudad de Oaxaca, Oaxaca, México, 27 de septiembre. Magdalena Olivera Ramírez es una partera que trabaja con la organización de la sociedad civil Nueve Lunas, donataria de la Fundación, la cual proporciona capacitación experta a parteras en programas de 3 años de duración. También es donataria de la Fundación Semillas, la cual proporciona pocos fondos para la capacitación de mujeres líderes indígenas.

Olvera, M. 2008. Entrevista con Jill Gay y Deborah Billings el 30 de septiembre en San Cristóbal de las Casas, Chiapas, México. La Srita. María Teresa Olvera es Secretaria Técnica del Comité por el Derecho a una Maternidad Voluntaria y Segura del estado de Chiapas, el cual no recibe fondos de la Fundación.

Palma, 2008. Entrevista con Jill Gay, 22 de septiembre, Ciudad de México, México. El Dr. José Luis Palma Cabrera es Director de INSAD, Investigación en Salud y Demografía, S.C., el cual recibe fondos de la Fundación para proporcionar asistencia técnica a otros donatarios en temas de inspección y evaluación.

Palma, J. 2008b. “Reunión sobre intervenciones en salud sexual y reproductiva de adolescentes indígenas: Notas sobre el contexto de la SSR.” Ciudad de México, México. Reunión celebrada el 8 de junio, convocada por la Fundación MacArthur.

Pastrana, J. 2008. Entrevista con Jill Gay y Deborah Billings, 1º de octubre, en San Cristóbal de las Casas, Chiapas. El Dr. José Antonio Pastrana Morales es Coordinador de Salud Reproductiva, Jurisdicción Sanitaria No. II, Secretaría de Salud de Chiapas, San Cristóbal de las Casas, Chiapas, México.

Penn-Kekana, L., McPake B., Parkhurst, J. 2007. “Improving Maternal Health: Getting What Works to Happen.” (Mejora de la Salud Materna: llevando a la práctica lo que funciona), *Reproductive Health Matters* 15(30):28-37.

Perez-Cuevas, R., Reyes Morales, H., Doubova, S., Velasco Murillo, V. 2007. “Development and Use of Quality of Care Indicators for Obstetric Care in Women with Preeclampsia, Severe Preeclampsia and Severe Morbidity.” (Desarrollo y utilización de indicadores de la atención de calidad para atención obstétrica en mujeres con pre eclampsia, pre eclampsia grave y

morbilidad severa), *Hypertension in Pregnancy* 26(3): 241-257.

Personas que no son donatarias de la Fundación. 2008. Es una persona diferente en cada caso, entrevistada por Jill Gay y Deborah Billings en México entre el 22 de septiembre al 6 de octubre. No se han revelado sus nombres por protección.

Powell-Jackson, T., J. Borghi, D. Mueller et al. 2006. "Countdown to 2015: Tracking Donor Assistance to Maternal, Newborn and Child Health." (Cuenta atrás al 2015: rastreo de asistencia de donantes a la salud materna, neonatal e infantil), *The Lancet* 368: 1077-1087.

Ronsmans, C. y W. Graham. 2006. "Maternal Mortality: Who, When, Where and Why." (Mortalidad materna: quién, cuándo, dónde y por qué), *The Lancet* 368 (9542): 1189-200.

Ruiz Matus, C. 2008. Panorámica de la Mortalidad Materna en México. Presentación en la 1ª Reunión Técnica de Promoción de la Salud Materna: Chiapas, Guerrero y Oaxaca, 21 y 22 de febrero de 2008. Memoria (en CD).

Sagrero, E. 2008. Entrevista con Jill Gay y Deborah Billings, Chilpancingo, Guerrero. 6 de octubre. El Dr. F. Esmir Balanzar Sagero es Director de Servicios de Salud, Secretaría de Salud, Guerrero, México.

Sánchez Fuentes, M. 2008. Entrevista con Jill Gay, 22 de septiembre, Ciudad de México, México. La Srita. María Luisa Sánchez Fuentes es la Directora Ejecutiva de GIRE, Grupo de Información en Elección Reproductiva, una organización que recibe fondos de parte de la Fundación.

Sánchez, M. 2008. Entrevista con Jill Gay y Deborah Billings en el pueblo de Ometepec, Guerrero. La Srita. Marta Sánchez es miembro y directora de Casa de Salud de las Mujeres Indígenas y es miembro fundador de la Coordinadora Guerrerense de Mujeres Indígenas y ex donataria de la Fundación Semilla.

Schiavon R., G. Polo y E. Troncoso. 2007. "Aportes para el Debate sobre la Despenalización del Aborto." México: Ipas. Disponible en http://www.ipas.org/Publications/asset_upload_file73_3073.pdf

Schiavon, R. 2008. Entrevista con Jill Gay el 22 de septiembre, Ciudad de México, México. La Dra. Raffaella Schiavon Ermani es Directora de Ipas México, una organización que recibe fondos de parte de la Fundación.

Schiavon, R., G. Polo, E. Troncoso y D. Billings. 2007. "Morbilidad y Mortalidad en Guerrero: Un Enfoque en el Aborto Incompleto." México: Ipas. Disponible en http://www.ipas.org/Publications/Morbilidad_y_mortalidad_maternal_en_Guerrero_Un_enfoque_en_el_aborto_incompleto.aspx

Secretaría de Salud, Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, gobierno federal de México. 2008. *Muertes Maternas en México*. Ciudad de México, México.

Secretaría de Salud, Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, gobierno federal de

México. 2007. *Programa de Acción Especifico, 2007-2012, Arranque Pareja en la Vida*. Ciudad de México, México.

Secretaría de Salud, Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, gobierno federal de México. 2007. *Programa Nacional de Salud, 2007-2012*. Ciudad de México, México.

Sedgh, G., S. Henshaw, S. Singh, E. Ahman y I. Shah. 2007. "Induced Abortion: Estimated Rates and Trends Worldwide." (Aborto inducido: razones estimadas y tendencias a nivel mundial), *The Lancet* 370: 1338-1345.

Sesia, P. 2008. Entrevista con Jill Gay y Deborah Billings, 29 de septiembre en la ciudad de Oaxaca, Oaxaca, México. El Dr. Sesia es un investigador del Centro de Investigaciones y Estudios Superiores de Antropología Social, CIESAS, y es donatario de la Fundación. También ha trabajado en los Comités Nacionales y Estatales para una Maternidad Segura.

Shah, I. y L. Say. 2007. "Maternal Mortality and Maternity Care from 1990 to 2005: Uneven but Important Gains." (Mortalidad materna y Atención durante la Maternidad de 1990 a 2005: Avances dispares pero importantes), *Reproductive Health Matters* 15 (30): 17-27.

Starrs, A. 2007. "Delivering for Women." (Trabajando por las mujeres), *The Lancet* 370: 1285-1287.

The Lancet. 2007. "Women: More than Mothers." (Mujeres: más que madres), *The Lancet* 370: 1283.

Tinoco-Ojanguren, R., N. Glantz, I. Martinez-Hernández e I. Ovando-Meza. 2008. "Risk Screening, Emergency Care and Lay Concepts of Complications during Pregnancy in Chiapas, Mexico." (Monitorización del riesgo, atención de emergencia y conceptos de configuración de las complicaciones durante el embarazo en Chiapas, México), *Social Science and Medicine* 66: 1057-1069.

UNPFA, PAHO y Secretaría de Salud federal de México. 2007. Certificación internacional del programa Arranque Parejo en la Vida, resumen ejecutivo, Ciudad de México, México.

Uribe, P. 2008. Entrevista con Jill Gay el 24 de septiembre en la Ciudad de México, México. La Dra. Patricia Uribe Zúñiga es Directora General del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, Secretaría de Salud, México, y como tal, no es donataria de la Fundación.

Van Dijk, M., D. Lara y S. Garcia. 2007. "Opinions of Decision-makers on the Liberalization of Abortion Laws in Mexico." (Opiniones de los responsables de la toma de decisiones en la legalización del aborto en México), *Salud Pública de México* 49 (6): 394400.

Villalobos, J. 2007. "Mensaje del C. Secretario de Salud." Págs. 7-8 en Secretaría de Salud, Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. *Programa de Acción Especifico, 2007-2012, Arranque Pareja en la Vida*. Ciudad de México, México.

"Violencia a la Mortalidad Materna en Morelos, México." *Salud Pública de México* 48,

Suplemento 2: S297S306.

Walker, D., L. Campero, H. Espinoza, B. Hernández, L. Anaya, S. Reynoso y A. Langer. 2004. “Deaths from Misclassified Second Trimester Deaths.” (Defunciones mal clasificadas en el Segundo trimestre), *Reproductive Health Matters* 12 (Supplement 24): 27-38.

WHO, UNFPA, UNICEF, y Banco Mundial. 2008. “Joint Country Support for Accelerated Implementation of Maternal and Newborn Continuum of Care.” (Apoyo conjunto a países para la implementación acelerada de la atención continua materno-neonatal).

Anexo 1.

Número proyectado de defunciones maternas, 2015 con disminuciones de 25% y 40% en el número de defunciones maternas de 2007

Estado	Número de defunciones maternas, 2007	Número de defunciones maternas, 2015 con una disminución de 25% con respecto a 2007	Número de defunciones maternas, 2015 con una disminución del 40% con respecto a 2007
Colima	2	1	1
Campeche	3	2	2
Aguascalientes	4	3	2
Nayarit	4	3	2
Tlaxcala	7	5	4
Baja California Sur	8	6	5
Zacatecas	11	8	7
Coahuila	13	10	8
Durango	14	10	8
Quintana Roo	14	11	8
Morelos	15	11	9
Nuevo Leon	17	13	10
Queretaro	17	13	10
Sonora	20	15	12
Yucatan	20	15	12
Baja California	22	16	13
Tabasco	23	17	14
Sinaloa	25	19	15
Tamaulipas	25	19	15
Hidalgo	30	22	18
San Luis Potosí	30	23	18
Michoacán	39	29	23
Guanajuato	40	30	24
Chihuahua	46	34	28
Jalisco	46	35	28
Puebla	61	46	37
Guerrero	67	50	40
Oaxaca	70	52	41
Chiapas	77	58	46
Mexico City/DF	87	65	52
Veracruz	98	73	59
State of Mexico	148	111	59
TOTAL	1102	825	660

Anexo 2

Fuentes adicionales para medir la mortalidad materna de Graham et al., 2008

Recursos relevantes adicionales en la red con información sobre las mediciones de la mortalidad materna:

- Maternal Mortality Measurement Resource: www.maternal-mortality-measurement.org
- Initiative for Maternal Mortality Programme Assessment (Impact): www.impact-international.org
- Health Metrics Network: www.who.int/healthmetrics
- Measure Evaluation: www.cpc.unc.edu/measure
- WHO Reproductive Health and Research: www.who.int/reproductive-health

(De Graham et al., 2008).