

Análisis político del problema de mortalidad materna

Brenda Canchola Elizarraraz,
Guadalupe del Carmen Cruz Medina,
Marta María Martínez Castro y
Carlos Eugenio Morrill Trueba*

Abstract

I. Introducción al problema de la mortalidad materna II. Delimitación del campo y su relación con el campo de poder III. Estructura de posiciones en el campo de la mortalidad materna IV. Principales jugadas Conclusiones

I. Introducción al problema de la mortalidad materna

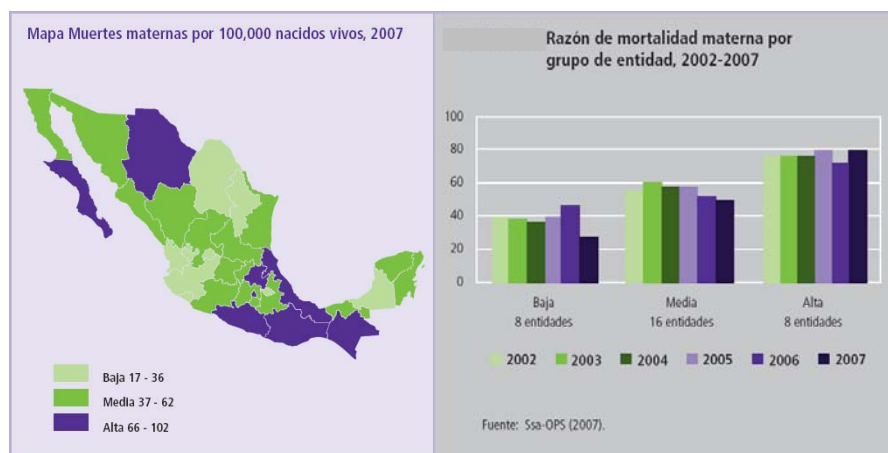
En el año 2000, la Organización de las Naciones Unidas (ONU) fijó los 8 Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), mismos que 172 países pertenecientes a dicha organización se comprometieron a lograr para el año 2015. Lo que se pretende es mejorar el desarrollo social de estos países al término del periodo. Dentro de estos objetivos, decidimos analizar uno que consideramos muy sensible por los agentes que se involucran, nos referimos al de la mortalidad materna, cuya reducción se contempla como una de las metas fijadas para lograr el quinto objetivo de desarrollo del milenio, que consiste en la mejora de la “salud materna”, e incluye, además, la meta de acceso a salud reproductiva. El compromiso adquirido consiste en reducir en tres cuartas partes la Razón de Mortalidad Materna (RMM) para el año 2015, en relación con la presentada en 1990.

La mortalidad materna se define como *la muerte de una mujer durante su embarazo, parto o dentro de los 42 días después de su terminación, por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo, parto o puerperio, o su manejo, pero*

* Todos estudiantes de la Maestría en Política y Gestión Pública de la Universidad Iberoamericana León.

*no por causas accidentales*¹. Este tipo de muertes constituye la problemática social que analizaremos en este trabajo, a partir de la utilización de algunos conceptos propuestos en la teoría de Pierre Bourdieu.

El espacio social en el que mayormente se presenta esta problemática, es la parte de la sociedad mexicana en donde existe mayor desigualdad social, es decir, en donde el capital económico y el capital cultural son menores, lo que se materializa principalmente en tres entidades federativas: Chiapas, Guerrero y Oaxaca porque en ellas se encuentra la mayor concentración de personas y lugares con condiciones rurales, con población indígena e índices de alta marginalidad. En estos lugares, las muertes representan al menos el doble respecto a otros estados mexicanos, principalmente por las siguientes razones: las precarias condiciones socioeconómicas de las mujeres afectadas, la falta de acceso a una atención médica oportuna y de calidad, e incluso, la negativa de las propias mujeres a recibir atención.



¹ Definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS), Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Reproductiva. 1993.

Las estadísticas sobre el número de casos de mortalidad materna en nuestro país, nos dicen que en el año 1990 murieron 2,190 mujeres, lo que representa una razón de mortalidad materna (RMM) de 89.0²; la cifra del año 2007 corresponde a 1,097 mujeres con una razón de 55.6; para el año 2008 aumentó a 1,115 mujeres, con una razón de 57.2. La meta para México a cumplir en el año 2015 en el marco de los objetivos de Desarrollo y Metas del Milenio, es de una razón de 22.3. La RMM promedio actual es de 57.2.

Un aspecto que no debemos perder de vista es que el problema de la mortalidad materna representa un problema de salud pública, no por el número de muertes, sino porque todas ellas serían objetivamente evitables, si se tuvieran cubiertos tres factores que contribuyen a reducir el fenómeno: 1) el acceso a la atención médica; 2) la calidad de la atención médica; 3) el traslado efectivo en situaciones de emergencia obstétrica a centros de salud con capacidad resolutoria³. En consecuencia, en los lugares en los que el campo social se ve inmerso en situaciones muy desiguales de distribución de recursos, es más alto el índice de muertes maternas.

Estudios realizados en México⁴ señalan que un bajo nivel de escolaridad, la residencia en una localidad rural y la pertenencia a un grupo de población indígena son factores que aumentan la probabilidad de muerte materna; a ello se agrega la edad de

² La Razón de Mortalidad Materna (RMM), es el índice de medición de las muertes maternas y se define como el número de defunciones maternas por 100,000 nacidos vivos. Inegi y Dirección General de Información en Salud, Nacimientos estimados en Conapo, 2008.

³ Díaz Echeverría Daniela, *Presupuesto público y mortalidad materna: seguimiento al Programa Arranque Parejo en la Vida*, FUNDAR, Centro de Análisis e Investigación, A.C., México, 2003.

⁴ Mojarro, Octavio, Graciela Tapia, Felipa Hernández e Ignacio Macín. 2003. *Mortalidad materna y marginación municipal. En la situación demográfica de México*. 2003, 133-141. México: Consejo Nacional de Población.

la madre, dado que las mujeres menores de 20 años y mayores de 35 tienen una probabilidad más alta de sufrir complicaciones durante el embarazo y el parto.

La mortalidad materna toca dos puntos elementales de la concepción de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. En primer lugar, la concepción del desarrollo como libertad y el ejercicio de derechos. Los derechos reproductivos se basan en el reconocimiento de todas las personas a decidir libre y responsablemente sobre el número y espaciamiento de sus hijos, a disponer de información para así hacerlo y a ejercer su salud sexual y reproductiva sin discriminación o coacción alguna, idea que de alguna manera constituye un discurso herético en un campo social “tradicionalista” como la sociedad mexicana. En segundo lugar, está la eliminación de desigualdades entre miembros de distintos grupos sociales. La mortalidad materna es un indicador ineludible de las condiciones de bienestar, equidad, igualdad de oportunidades y derechos (salud, educación e ingreso), e infraestructura de la población en general, pero de las mujeres en particular, idea que en términos generales se enfrenta al *habitus* (que de acuerdo a la teoría de Bourdieu lo podemos entender como la manera de ver, de apreciar, de valorar, en cada individuo) predominante en la concepción machista respecto de la posición que juega la mujer en la sociedad.

Hasta ahora, hemos expuesto los aspectos generales de lo que implica la mortalidad materna. Ahora bien, esta situación se convierte en un problema político en el momento que entran en conflicto dos agentes importantes: por un lado se encuentran las organizaciones no gubernamentales (ONGs) y los movimientos sociales dedicados a luchar por los derechos y la igualdad de la mujer, que son quienes le exigen al Estado

un cambio en sus políticas públicas de salud; que hacen visible el problema de la mortalidad materna; que muestran a la sociedad las condiciones de precariedad en las que viven muchas mujeres mexicanas en situación de riesgo y que hacen patente la falta de servicios médicos y de atención médica de calidad en los lugares donde radican estos grupos en riesgo; por otro lado, tenemos al campo burocrático responsable de la salud —en particular las áreas encargadas del diseño, implementación y ejecución de políticas públicas enfocadas a la atención de las mujeres propensas a sufrir el problema—, que ya sea por razones presupuestales o de otra índole, han demostrado su incapacidad para atender debidamente este problema social. Esto es así, porque las víctimas de la mortalidad materna no tienen voz, al menos que alguien hable por ellas, y es en esta alza de voz en donde se muestra con toda claridad la existencia de una situación tan lamentable como ésta.

II. Delimitación del campo y su relación con el campo de poder

En México, la muerte durante el embarazo, parto o puerperio se concentra en mujeres pobres, indígenas, rurales, urbano-marginales, sin seguridad social, habitantes de zonas de alta o muy alta marginalidad. Evidentemente es un problema de salud vinculado al incumplimiento de la justicia social y de diversos derechos de la mujer: reproductivos, sexuales, maternidad voluntaria y segura, económicos sociales, políticos, a una vida libre de violencia. Todos plasmados en diferentes instrumentos internacionales⁵.

⁵ Entre los más paradigmáticos resaltan: La Declaración de Alma Ata (1978), las Convenciones sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW, 1979), y de Belém do Pará (1994); la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo del Cairo (1994); la Conferencia de las Naciones Unidas sobre la Mujer (1995); y, más recientemente pero con muchas restricciones, los objetivos de Desarrollo del Milenio (2000). Citado en: Díaz Echeverría, Daniela; Martha A. Castañeda Pérez y Sergio Meneses Navarro, en *Implicaciones del Seguro Popular en la reducción de la muerte materna. Perspectivas a nivel nacional y en los estados de Chiapas y Oaxaca*, Fundar, Centro de Análisis e Investigación, A. C. 2010.

La delimitación del campo en el que se desarrolla la mortalidad materna no es algo sencillo, ya que de acuerdo al concepto que nos proporciona el sociólogo francés, cuya teoría intentamos aplicar en este análisis, el campo dentro de un espacio social es el que describe las relaciones de fuerza, es decir, no hay campo si no hay capital en disputa.

En el caso particular, el capital en disputa lo constituye la atención oportuna a mujeres en riesgo de mortalidad materna, ya que existe un conflicto entre los agentes subversivos que mencionan y ponen en agenda el problema; por ejemplo, el movimiento feminista o los movimientos sociales que han asumido a la equidad de género como su bandera política, y los agentes encargados de hacer que el requerimiento de atención de la salud de estas mujeres sea cubierto eficaz y eficientemente.

Por lo anterior, los agentes de este campo existentes en esta problemática serían los siguientes:

- Las mujeres que se encuentran en situaciones de alta vulnerabilidad, es decir, de pobre estructura patrimonial que las posiciona dentro de la estructura social en clara desventaja. Estas mujeres ni siquiera están en posibilidades de ser derechohabientes de alguna institución de salud pública en nuestro país, por lo que resulta sumamente complicado que reciban atención médica básica, ya no digamos la especializada que requieren en el momento de que se presenta alguna de las causas médicas que provocan la mortalidad materna.

- Los agentes del campo burocrático que desarrollan las políticas públicas de salud, tales como la Secretaría de Salud, el IMSS, el ISSSTE y el Seguro Popular, principalmente, porque aquí es en donde se decide la distribución de los recursos económicos por medio del presupuesto, para la atención de las necesidades sociales; dicho de otro modo, son quienes deciden y distribuyen el capital económico que ostenta el Estado, que a su vez controla el capital cultural de la sociedad mexicana.
- Las organizaciones no gubernamentales y movimientos sociales, que juegan uno de los papeles más fundamentales al levantar la voz por las mujeres en desventaja social y atienden las necesidades de éstas en situación de marginalidad, también denuncian los abusos sociales y burocráticos de que son víctimas las mujeres pertenecientes a este sector en desventaja.

Ahora bien, para poder hacer nuestro análisis político tenemos que partir de la noción de campo de poder, que se refiere a las relaciones que se dan entre agentes que detentan las diferentes especies de capital en condiciones de dominio. Bordieu construye la noción de campo de poder porque la noción de estado le parece pulverizada, ya no es suficiente para explicar las relaciones que se dan en el ámbito público. Así, el campo de poder es aquél en el que confluyen todos los dominantes de todos los campos sociales cuya disputa principal está en el poder sobre el poder del Estado. Erróneamente pensamos que quien tiene el poder en el Estado es el propio Estado, pero en la realidad no es así.

En nuestro país hemos ido observando que a partir del gobierno de Carlos Salinas de Gortari (incluso desde Miguel de la Madrid en donde Carlos Salinas era Secretario de Programación y Presupuesto), se pasó de un estado de bienestar, en donde el Estado era altamente paternalista y proteccionista, a un régimen neo liberal en el que quienes ostentan el poder sobre el Estado han sido los grandes capitales económicos, a pesar de la propia sociedad. Desde ese tiempo se nos ha ido imponiendo el discurso dominante de que lo bueno es el crecimiento económico que conlleva al bienestar y al desarrollo social; sin embargo, esto no ha sido necesariamente así, internacionalmente se cayó en la cuenta de que el desarrollo social no se logra únicamente por la vía económica, sino que influyen otros factores —como los planteados en los ODM— que se estaban dejando de lado e incluso se estaban acrecentando por la grande concentración de capital económico en pocas manos y una inequitativa distribución de los recursos.

La atención al problema de la mortalidad materna, como ya se explicó, está incluida en estos objetivos internacionales, y de esa manera cobra relevancia este tema y se incluye en un primer momento en la agenda pública, tan es así que fue “introducido” en nuestro país a raíz de un compromiso adquirido internacionalmente. Si México no llega a la meta, conllevaría a un señalamiento público negativo hacia este Estado por el incumplimiento de dicho compromiso, lo que podría ser perjudicial para el campo burocrático en nuestro país, ya que se haría evidente su incapacidad para atender de manera eficiente y eficaz esta problemática de salud. Esta situación va ir adquiriendo mayor fuerza mientras más nos acerquemos al año 2015, que es cuando se tienen que cumplir las metas fijadas.

El campo burocrático dedicado a la salud, ha venido realizando esfuerzos por atender el problema de la mortalidad materna, de tal manera que, en el año 2000, se creó el Programa Arranque Parejo en la Vida, cuyo objetivo primordial era el de la atención a la salud materna; no obstante, con la implementación del Seguro Popular — programa creado con el propósito de universalizar el acceso a la salud— los recursos económicos originalmente destinados para la atención materna se vieron altamente disminuidos en razón de que fueron canalizados al otro programa, que al ampliar sus objetivos de atención médica, consecuentemente trajo una disminución de la efectividad del primer programa porque no se aumentó el personal médico y no se crearon hospitales propios; por el contrario, lo que ocasionó fue la fragmentación de las funciones de dicho personal que originalmente sólo atendía cuestiones relacionadas con la salud materna y después tuvo que enfocar sus esfuerzos a otros temas de salud general. En otras palabras, se hizo evidente un “conflicto” entre ambos programas, especialmente por la distribución y asignación de recursos materiales y humanos que han resultado insuficientes para cubrir las metas de ambos programas.

En México, la incidencia de casos de muerte materna se concentra en mujeres pobres y se vincula no sólo con las deficiencias en los servicios, sino también con el ejercicio real al derecho a la salud, y en consecuencia con los mecanismos efectivos del Estado por cumplirlo. Es claro que el señalamiento del artículo 4º constitucional no es suficiente para ello. La desigualdad en el acceso a los servicios de salud por razones socioeconómicas, geográficas y étnicas patentan la debilidad en la extensión del derecho a la salud en México. Las características del lugar donde las mujeres embarazadas viven -especialmente si es indígena, pobre y/o urbano marginal- determinan las

condiciones de seguridad o desventaja en las cuales son atendidas durante el embarazo, parto o puerperio⁶.

En relación con el campo social de las mujeres en mayor riesgo, no podemos ignorar que existen evidentes asimetrías entre hombres y mujeres en los terrenos económico, social, político y cultural. La estructura social de la que nos habla Bourdieu, que alude a relaciones que son producto de estructuras mentales, que a su vez producen más estructuras mentales que legitiman a la estructura social, “la hace ver” que es lo mejor, que es básica para entender la situación de la mujer en nuestro país, ya que, como toda estructura social, generó su propia ideología y nos ayuda a entender el estado actual de las cosas.

El capital patrimonial de las mujeres en general, mucho más en las de mayor riesgo con respecto a los hombres, claramente es dispar, por lo que es importante reconocer la desigualdad entre los géneros femenino y masculino. Dicho de otro modo, hay que reconocer que éste es un campo en el que existen luchas simbólicas, muy fuertes, que tienen que ver con la lucha de las ideologías. Hay una ideología que domina, que se refiere al papel de la mujer en la sociedad, y el Estado se ha encargado de transmitirla históricamente desde la escuela, pero principalmente, desde la familia.

Dentro de la sociedad algunos de los roles o papeles que desempeña cada sexo tienen más valor que otros: por lo general, aquellos a los que se les atribuye mayor importancia tienden a ser invisibles para los arquitectos de políticas. Por ejemplo, el

⁶ Daniela Francisca Díaz Echeverría, *Implicaciones del Seguro Popular en la reducción de la muerte materna, Perspectivas a nivel nacional y en los Estados de Chiapas y Oaxaca*, Fundar, Ciudad de México 2010.

trabajo de las mujeres en la esfera reproductiva no es reconocido como un valor, ya que se parte del supuesto de que estará siempre disponible. Estas diferencias en el valor de los papeles desempeñados por mujeres y hombres, que están integradas a las estructuras sociales y económicas, también se reproducen en las políticas, los programas y la asignación de recursos.

Como resultado de lo anterior, los presupuestos públicos -instrumento en donde se plasman las políticas públicas- han sido mecanismos de transmisión y reproducción de la desigualdad entre los géneros, ya que en éstos se asignan los recursos públicos sin reconocer e incluso desconocer, las desigualdades existentes entre diferentes sujetos sociales. No se le da una perspectiva de género a los presupuestos en la que se tomen realmente en cuenta las necesidades diferenciadas entre hombres y mujeres, por ejemplo en el aspecto de salud femenina. En otras palabras, se asume una neutralidad que no es acorde con el impacto diferenciado de las políticas públicas en los grupos de población⁷.

Las causas anteriormente mencionadas, no sólo favorecen las condiciones para que exista mayor mortalidad materna en los estados mexicanos con un rezago social más alto, sino también favorecen la reproducción y existencia de una especie de violencia simbólica, que Bourdieu considera como el modo de dominación más aceptado, ya que es desconocida porque no es física, por el contrario, es dulce y aceptada por las personas porque no están conscientes de su existencia. Es la violencia que se da con motivo de las estructuras mentales reconocidas, el reconocimiento de las obligaciones, del agradecimiento, de la deuda, de las clases

⁷ Vinay Rojas, Claudia, Helena Hofbauer, Lucía Pérez Frago y Ma. Concepción Martínez. 2001. *Mujeres y pobreza: el presupuesto del gasto social focalizado visto desde la perspectiva de género*. México: Fundar - Equidad de Género.

sociales “preconcebidas”, de las virtudes de las personas; este tipo de violencia se acepta por los dominados de manera automática, pero desconocen que es un modo de dominación que se impone aún más que la violencia física. Esta violencia simbólica asegura la reproducción de las relaciones de dominación entre hombres y mujeres, pero mayormente en las regiones del país que históricamente han sido marginadas.

III. Estructura de posiciones en el campo de la mortalidad materna

Las tomas de posición no son siempre explícitas y corresponden a las posiciones que, más bien, son el producto de los distintos capitales que puede tener un agente específico. Además, tampoco podemos decir que esos capitales se adquieren todos por voluntad propia, por ejercer un trabajo individual que los “merezca”. El capital que posee un agente, sea cual sea, es el resultado de la herencia familiar, la escuela en la que se estudia, las relaciones sociales que puedan establecer alianzas y fortalezas, y la misma forma de percibir el mundo. Si no se tuviera este modo de percibir no sería posible darse cuenta de ciertas especies de capital que están en juego dentro del campo.

La estructura de posiciones se establece siempre trazando una línea horizontal que divide a los dominantes de los dominados. También por una línea vertical que opone a los dominantes con otros dominantes (que tienen distintos intereses) y a los dominados con otros dominados. De esta manera tenemos un cuadro dividido por 2 líneas: una horizontal y otra vertical. ¿Cómo se ubican los agentes dominados respecto a los dominantes? ¿Cómo se encuentran y se marcan las principales oposiciones entre ellos? La respuesta es más compleja de lo que parece. Existe una primera regla que nos ayudará bastante en nuestra tarea: Entre más capital simbólico posee un agente, es decir, el carácter que adquiere el conjunto de capitales -económico, cultural, social,

etc.- cuando son percibidos como legítimos y prestigiosos, mayor será su ubicación arriba y a la derecha del cuadro de la estructura de posiciones, y viceversa o sea, a menor estructura patrimonial, casi en total desposesión, se ubica más abajo y a la izquierda⁸.

Explicado lo anterior, señalaremos los agentes y las fuerzas sociales involucrados en la problemática de la mortalidad materna.

Poblaciones en condición de pobreza. Municipios y localidades de alta y muy alta marginalidad (principalmente localidades indígenas). Estas poblaciones que han sido históricamente marginadas ignoran la dominación que sobre ellas ejercen las clases dominantes y por tanto favorecen su propia dominación. Su estructura patrimonial es pobre.

Mujeres pobres, indígenas, rurales, urbano-marginales, sin seguridad social, habitantes de zonas de alta o muy alta marginalidad. Con una estructura patrimonial (*noción que sintetiza el análisis del conjunto de capitales, entendidos como recursos o beneficios, de que dispone un agente en particular*) pobre que las posiciona en lo más bajo de la estructura social (*capital económico, capital cultural*) y un *habitus*, tanto individual como colectivo, donde se percibe a las mujeres indígenas e incluso se perciben ellas mismas (*historia incorporada e historia objetivada*) como un agente social no relevante en el espacio social (*ideología dominante*) y mantiene a las mujeres en una posición de desventaja (*modo de dominación*) respecto al resto de las fuerzas sociales involucradas.

⁸ Velasco Yáñez, David, Coordinador, *Tinieblas en la luz, Privatización silenciosa de la industria eléctrica y las telecomunicaciones en México*, ITESO, 2010.

Hombres de esas comunidades. De manera específica, las parejas sentimentales de estas mujeres en riesgo, son familiares varones que relegan a la mujer a un lugar inferior en el espacio social repitiendo estructuras mentales adquiridas (historia incorporada) de machismo.

Campo burocrático enfocado a la atención de la salud pública. El Estado mexicano concentra una buena parte de los capitales, lo que significa que es el poseedor de un metacapital, es decir, que tiene la capacidad y la fuerza para determinar el valor o el precio de cada especie de capital, lo que es igual a determinar la tasa de cambio que se traduce en el capital jurídico, por medio del cual “da vida” a los diversos derechos de los ciudadanos a través de la Constitución y de las diversas legislaciones.

Es precisamente en el artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en donde se establece para los mexicanos la igualdad entre hombres y mujeres y el derecho a la protección de la salud. Otro capital que controla el gobierno federal es el capital económico, que obtiene por medio de las recaudaciones fiscales de los ciudadanos, el cual puede destinar a aquellos rubros que él considere prioritarios.

El Estado mexicano también tiene el ejercicio legítimo de la violencia (*capital físico, fuerzas de coerción*). En la administración del Presidente Felipe Calderón Hinojosa, podemos ver reflejado que el presupuesto federal está concentrado principalmente en el combate contra el crimen organizado (*capital de fuerza física*) y en

la Secretaría de Educación Pública desde la que controla el capital cultural mediante la escuela que, como ya lo vimos, refuerza la ideología dominante.

Las comunidades indígenas y la mortalidad materna no son prioridad para la clase política ya que hasta el día de hoy, no es un aspecto representativo de capital político, además de que tiene como base el discurso dominante que señala problemas nacionales prioritarios, como son la atención a la seguridad pública nacional y la educación; sin embargo, esto es sólo una parte mínima del problema.

Uno de los mecanismos de la Secretaría de Salud federal para aminorar la desigualdad en el acceso a los servicios de salud fue la creación del Seguro Popular en el año 2004 para cubrir a la población que por su condición de pobreza no accedía la atención en salud que por derecho constitucional todos los ciudadanos tienen; sin embargo, a seis años de su funcionamiento y la gran diversidad de servicios de salud que proporciona, no alcanza para atender el problema específico de la mortalidad materna en las mujeres en riesgo de las zonas con mayor rezago social.

El 9 de mayo de 2008, el Presidente Felipe Calderón anunció la puesta en marcha del *Programa de Embarazo Saludable* como una ampliación al Seguro Médico para una Nueva Generación, motivo por el cual a partir de esa fecha se garantiza en todo momento la incorporación al Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) a todas aquellas mujeres con diagnóstico de embarazo, sin considerar el tiempo de gestación que tengan a fin de proteger la salud de la mujer durante todo su embarazo y

al momento del parto, así como al recién nacido desde el momento mismo de su nacimiento⁹.

No obstante, pese al sostenido incremento del presupuesto para salud en el Ramo12-Ssa, que ha conllevado el Seguro Popular, esto no se ha traducido en una mejora sustantiva en las condiciones en la atención en salud reproductiva de las mujeres en general, y aún menos en las pertenecientes a las poblaciones de alta y muy alta marginalidad.

El problema de sanidad se complica aún más por la descentralización del sistema de salubridad bajo la tutela de la Secretaría de Salud. Los tomadores de decisión son diferentes, por ejemplo, tanto el puesto de la Secretaria federal como el estatal son cargos políticos, en cambio los/as directores/as de las diversas áreas que conforman la dependencia son puestos de confianza (que en algunos casos pueden no contar con el conocimiento sobre cómo diseñar y ejercer política pública en esta materia).

3. 1. Organismos Internacionales

1. La Organización de las Naciones Unidas (ONU y sus diversas unidades) ha planteado precisamente los 8 objetivos del milenio y en particular el objetivo 5

⁹ Cita tomada de: <http://www.seguro-popular.salud.gob.mx>

Mejorar la Salud Materna¹⁰ y ha puesto en la Agenda Pública Internacional el tema de mortalidad materna.

2. La Organización Mundial de la Salud (OMS ha definido propiamente el concepto de mortalidad materna¹¹.
3. El Banco Mundial.

La toma de posiciones de los diferentes agentes en el campo depende de los capitales que puede tener un agente en específico. En nuestro cuadrante posicionamos a los organismos internaciones entre los dominantes-dominantes ya que cuentan con un capital simbólico resumido (en capital económico, capital jurídico, capital cultural), tal como la ONU, que ha puesto temas en la agenda internacional con obligación para los Estados que han firmado acuerdos internacionales y que tienen carácter de obligatoriedad.

Otro organismo internacional dominante-dominante es el Banco Mundial, que con base en el modelo neoliberal dicta políticas económicas que no tienen vinculación con la política social. La política social prevaleciente en México corresponde de manera muy estrecha a los lineamientos señalados por los organismos internacionales y cuya

¹⁰ Objetivo 5: Mejorar la Salud Materna. Meta 6: Reducir entre 1990 y 2015 la mortalidad materna en tres cuartas partes (o 75%) Los indicadores son: 1. Tasa de Mortalidad materna y 2. Porcentaje de partos con asistencia de personal sanitario especializado. Tomado de ONU, Objetivos de Desarrollo del Milenio y Metas del Milenio.

¹¹ Ver referencia 1.

tendencia es hacia el adelgazamiento del Estado y la búsqueda de la eficiencia en el uso de los recursos públicos¹².

Los órganos gubernamentales encargados de la atención a la salud pública, como agentes sociales, lo ubicamos en el cuadrante de dominantes-dominados ya que están sujetos a las restricciones presupuestales y al arranque de programas específicos que el gobierno federal considere como prioritarios.

El tema de mortalidad materna, en el pasado, no formaba parte de la agenda pública nacional sino hasta que la ONU lo planteó como un tema a resolver de los ODM.

En México, el tema de mortalidad materna cobró más importancia cuando las organizaciones de la sociedad civil comenzaron a cuestionar con un discurso herético las estructuras de salud establecidas. El tema empezó a posicionarse de manera más puntual en la agenda pública nacional, por lo que en 2008, el Presidente Felipe Calderón creó el programa *Embarazo Saludable*, tomando acción política al hacer uso de un tema o de un problema social para aumentar su capital político y simbólico; sin embargo, estas organizaciones las ubicamos en la posición de dominados-dominantes, porque si bien es cierto tienen la capacidad de situar en la agenda pública un tema específico para que sea tomado en cuenta por el gobierno en turno, también es cierto que en ellas no recae el poder de decisión final.

¹² Banco Mundial, Informe sobre el desarrollo mundial: Pobreza, Banco Mundial, Washington, D.C 1990.

Las mujeres pobres, indígenas, rurales, de comunidades urbano-marginales son el agente social más vulnerable dentro de nuestro cuadrante de posiciones. Las ubicamos como dominadas- dominadas, cuya historia incorporada y objetivada, *habitus*, estructura mental ha favorecido su dominación por parte de los demás agentes.

A los hombres que son parejas sentimentales de estas mujeres en riesgo y familiares varones que relegan a la mujer a un lugar inferior en el espacio social repitiendo estructuras mentales adquiridas (historia incorporada) de machismo, los ubicamos en el cuadrante de dominantes-dominados. En la cultura mexicana adquiere las características de dominante por su historia incorporada o *habitus*, convirtiéndolo en un sujeto que ejerce la violencia, tanto física (formas más elementales de dominación) como simbólica sobre las mujeres.

Las televisoras son un agente en el espacio social que refuerza la ideología dominante de la sujeción de la mujer al hombre, por medio de novelas, películas, comerciales, programas cómicos etc. Estos agentes se ven tremendamente beneficiados en su capital económico mediante este refuerzo.

Por lo anterior, nuestro cuadrante de posiciones quedaría de la siguiente forma:

Dominantes-dominados	Dominantes-dominantes
Organismos gubernamentales encargados de la atención de la salud (Secretaría de Salud)	Organismos Internacionales, (ONU y sus agencias)
Los hombres que son parejas sentimentales de las mujeres en riesgo y familiares varones (machismo)	Banco Mundial
	Televisoras
Dominados-dominados	Dominados-dominantes
Mujeres pobres, indígenas, rurales, urbano-marginales.	ONGs
	Movimientos sociales feministas

IV. Principales jugadas

Las principales acciones de la estructura burocrática de la Secretaría de Salud, en respuesta a los acuerdos internacionales firmados por México y a las presiones de los movimientos sociales y/o ONGs ha sido la creación de programas varios: APV *Arranque Parejo en la Vida*, creado en el sexenio de Vicente Fox; el *Programa de atención de cobertura PAC*; posteriormente en el año 2004 se creó el *Seguro Popular* para cubrir a la población que no contaba con seguridad social, y en el año 2008 se pone en marcha el programa de *Embarazo Saludable* que garantiza en todo momento la incorporación al sistema de protección social en salud (SPSS) a todas las mujeres con diagnóstico de embarazo.

Las ONGs y los movimientos sociales, con la denuncia del problema de muertes maternas, han logrado posicionar el tema en la agenda pública¹³, lo que aunado con el compromiso internacional existente de reducirla por parte de los gobiernos, ha hecho que se tomen acciones específicas para tratar de abatirla. La información generada por estas organizaciones ha puesto en evidencia ante la estructura burocrática la urgencia de remediar esta problemática.

También estas organizaciones han logrado el empoderamiento del género femenino en los diferentes ámbitos de la vida social y familiar (que incluso han permitido la introducción de cambios en la legislación, que favorecen la equidad de género); no obstante, todavía predomina la inequidad de género y hay poco respeto a la dignidad y

¹³ Ruiz Meza, Laura Elena, *Construyendo un Nuevo Poder. Alcances y desafíos de las organizaciones de mujeres campesinas e indígenas en Chiapas*, Chiltac A.C. San Cristóbal de las Casas. Sin fecha.
Velasco Yáñez, David, "Mujeres Zapatistas y las luchas de género III Parte: La cuestión de Género. Documentos y comunicados del EZLN". V.4c. Revista Xipe Totek. Vol. XIX/No. 3/30 de septiembre 2010. ITESO.

autonomía de la mujer, en especial en las pertenecientes a los grupos más vulnerables de la sociedad.

Sin embargo, las acciones anteriores no fueron suficientes para lograr la meta de reducir el número de muertes maternas hacia el año 2015, ya que un aspecto con el que también se ha tenido que lidiar de manera muy fuerte es el que se ha visto reflejado en diversos estudios que demuestran que las mujeres (pobres, indígenas, afrodescendientes, urbano-marginales) tienen conductas renuentes para acudir a los servicios de salud, ya que se ha referido que se sienten humilladas o intimidadas por el personal, o bien presionadas a aceptar tratamientos que están en contra de sus propios valores y costumbres¹⁴ (habitus o historia incorporada), por lo que otra jugada importante es el trabajo de concientización acerca de su propia salud que, tanto las ONGs como el gobierno hacen para intentar cambiar la estructura mental respecto a la propia salud de los grupos en riesgo. En otras palabras, se trata de esfuerzos enfocados a la educación en salud reproductiva.

Conclusiones

Aun con el tema de mortalidad materna posicionado en la agenda pública nacional —tal y como lo ha reportado el sistema ONU al sostener que en nuestro país este aspecto se cataloga como una prioridad dentro de la agenda pública internacional de salud—, el problema sigue presentándose como una de las principales causas de muerte entre las mujeres en edad fértil. Las estrategias dirigidas a su reducción implican necesariamente la aplicación de políticas programáticas y presupuestales amplias,

¹⁴ Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo, marzo 2005.

dado que de acuerdo con diversos estudios nacionales e internacionales, la mortalidad materna es un fenómeno multicausal, que involucra factores biomédicos, económicos, sociales y culturales.

Tomando en cuenta que la razón de mortalidad materna en Chiapas a 2008 fue de 96.8, en Guerrero de 96.5 y en Oaxaca de 98, se prevé que la meta de reducción de tres cuartas partes para el año 2015 no se cumpla, debido a las tendencias y rezagos en términos generales en México, de manera particular, en los tres estados mencionados, donde la razón de mortalidad materna está por encima de 90; por ende, la reducción de este indicador se ve por demás lejana.

En materia de salud, la atención a este problema en particular no es un área prioritaria para el campo burocrático enfocado a la salud, ya que como hemos visto a lo largo de este trabajo, la burocracia se encuentra más interesado en la implementación de programas de atención generalizada, aunque ésta sea únicamente de primer nivel, razón por la cual las complicaciones en el parto -que es una de las razones de la mortalidad materna- no son atendidas con la especialización que se requiere.

El Seguro Popular como programa de cobertura de salud, continuará siendo el mayor depositario del capital económico en esta materia porque representa un mayor capital político para los agentes del gobierno federal, además de que con este programa se pretende cubrir más aspectos de salud (no solo la materna), a efecto de cumplir con el objetivo general de “universalizar” el acceso a la salud en nuestro país. Está claro que ni las comunidades indígenas ni la reducción de la mortalidad materna es una prioridad de atención para el político, porque su atención específica requiere la

focalización de recursos, y sostenemos que, como vimos a lo largo del trabajo, actualmente dichos recursos y esfuerzos están concentrados en la población en general, por lo que se han dejado en espera las necesidades más específicas como las propias de nuestro problema, aunado a que en términos numéricos, las muertes maternas no son tan elevadas.

El gobierno mexicano ha hecho parecer y creer que el tema de mortalidad materna es un tema importante en la agenda, pero no se ha visto traducido en políticas públicas eficaces y eficientes que la reduzcan e impacten positivamente en la reducción de los indicadores de salud materna, porque en la realidad, los programas implementados para abatirla tienen sus capacidades disminuidas, principalmente por la falta de recursos (humanos y materiales) para atender todos los programas de salud que el gobierno tiene en marcha.

No obstante, mientras más nos acercamos a 2015, fecha límite para cumplir con los ODM, este problema puede reaparecer como prioridad en la agenda pública, porque la comunidad internacional, que en este trabajo situamos en la cúspide del campo de poder, ejercerá una presión importante sobre los gobiernos que no estén cerca de cumplir con el compromiso adquirido, entre ellos se encuentra México. Una presión que se robustece con la que ejercen las organizaciones no gubernamentales que hacen visible el problema y exigen atención efectiva del mismo.

Por un lado, la sensibilidad que como sociedad nos preocupa sobre un tema cultural que nos caracteriza, donde “la madre” tiene una gran relevancia, ya que es el

pilar familiar y un orgullo para cada uno de los hijos de México, al menos en nuestro espacio simbólico. No es cosa de nada si alguien tiene la ocurrencia de faltarle al respeto a nuestra progenitora, porque inmediatamente nos ponemos a la defensiva y somos capaces de dar la vida por la causa.

Pero aunque tenemos esta formación como parte básica de nuestra educación, desgraciadamente a quienes llegan a esta singular elite del campo político, parece que prefieren tragarse ese orgullo y dejar en otro plano la atención a evitar más muertes de mujeres embarazadas. Creemos que en el discurso somos grandes defensores de los derechos de la mujer, la salud reproductiva, los servicios de salud durante el embarazo, etc., pero la realidad es que al cerrar la puerta de muchos hogares en nuestro país y de muchas fuentes de trabajo, este discurso se vuelve contra sus defendidas; el machismo y la dominación del hombre es una realidad que no hemos podido erradicar; el abuso hacia la mujer se sigue practicando de forma natural al interior de las familias y empresas de ambos sectores, y la falta de oportunidades de desarrollo equitativo de ambos géneros sigue vigente en nuestra sociedad.

Parece que la falta de atención a las mujeres marginadas y pobres en situaciones de embarazo no es el único factor que determina su muerte, ya que existen evidencias de que las estructuras mentales de estas mujeres suele ser determinante para negarse a recibir atención médica especializada.

Varias son las acciones realizadas por la Secretaría de Salud que se ven reflejadas con la implementación de diferentes programas para atender a las mujeres

en situación de riesgo y evitar la mortalidad materna; sin embargo, no han sido lo suficientemente eficaces para reducir la RMM (Razón de Mortalidad Materna) según la meta establecida en los Objetivos del Milenio.

Bibliografía

- Banco Mundial, *Informe sobre el desarrollo mundial: Pobreza*, Banco Mundial, Washigton, D.C 1990.
- Conferencia de las Naciones Unidas sobre la Mujer (1995).
- Conferencia Internacional sobre la Población y Desarrollo del Cairo (1994).
- Convenciones sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW, 1979), y de Belém do Pará (1994).
- Echeverría, Daniela Francisca Díaz, *Implicaciones del Seguro Popular en la reducción de la muerte materna, en los Estados de Chiapas y Oaxaca*. FUNDAR, Ciudad de México 2010.
- Echeverría, Daniela Francisca. *Presupuesto Público y Mortalidad Materna: Seguimiento al Programa Arranque Parejo en la Vida*. FUNDAR, México, 2003.
- Inegi y Dirección General de Información en Salud, Nacimientos estimados en Conapo, 2008.
- Objetivos de Desarrollo del milenio (2000). Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD).
- Organización Mundial de la Salud 1993. *Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Reproductiva*, 1993.
- Ruiz Meza, Laura Elena, *Construyendo un Nuevo Poder. Alcances y desafíos de las organizaciones de mujeres campesinas e indígenas en Chiapas*, Chiltac A.C, San Cristóbal de las Casas. Sin fecha.
- Secretaría de Salubridad y Asistencia, Arranque Parejo en la Vida, Programa de Acción específico 2007-2012, en: <http://www.spps.salud.gob.mx>
- Velasco Yáñez, David, *Mujeres zapatistas y las luchas de género III Parte: La cuestión de Género. Documentos y comunicados del EZLN. V.4c*. Revista Xipe Totek. Vol. XIX/No. 3/30 de septiembre 2010. ITESO.
- Vinay Rojas, Claudia, Helene Hofbauer Balmori y cols. *Mujeres y pobreza: El Presupuesto del Gasto Social Focalizado visto desde la Perspectiva de Género*. FUNDAR. México. 2001.