

# Nota investigativa

## La política y la mortalidad materna

ISSN 1409-1992/2005/26/1/5-12  
Enfermería en Costa Rica, ©2005  
Colegio de Enfermeras de Costa Rica

Elieth Marín - Venegas

### RESUMEN

Este artículo muestra un análisis sobre cómo se elabora una política, en este caso de salud, y su aplicación en el campo de acción.

La muerte de una madre es una tragedia y, en este momento, Costa Rica tiene años sin lograr bajar las tasas de esa mortalidad.

Es importante recalcar que se hacen esfuerzos, pero no son lo suficientemente efectivos para disminuir esos índices.

Encontrar medidas, soluciones, es tarea del equipo de salud de cada institución. Lograr capacitación y entrega del conocimiento hacia las personas que lo necesitan es meta clave. El cómo bajar los índices de muerte, tanto infantil como materna, es asunto de gran importancia para la comunidad costarricense. Pero de especial interés para todas las y los salubristas del país es reflexionar sobre algunos puntos como:

¿Dónde ocurren las muertes?

¿Por qué ocurren las muertes?

¿Cuáles son las causas?

¿Es el equipo de salud responsable?

¿Es el sistema de salud responsable?

Comparando el sistema de salud público con el privado, ¿cuántas muertes maternas e infantiles tiene el sistema privado? Algunas respuestas pueden causar asombro y dolor.

**Palabras clave:** Mortalidad materna, política.

### ABSTRACT

This article shows an analysis about how a policy is elaborated, in this case in health, and its application in the action field.

A mother's death is a tragedy, and Costa Rica has had a problem with lowering the mortality level.

It is important to recall that even though efforts are made, they are not enough effective to minimize these indexes.

Finding solutions it's a target for the health group of

Hospital Escalante Pradilla, Pérez Zeledón, Licda. Elieth Marín.  
Estudiante UCR. Maestría en Ciencias de la Enfermería Enfermera  
Obstetra. Coordinadora del Comité Mortalidad Materna

each institution; to gain knowledge must be a key goal, how to diminish both child and maternal mortality its an important fact in our country, but for our interest we have to reflex about some important points:

¿Where do deaths occur?

¿Why do they occur?

¿What are the main causes?

¿It's the health group responsible?

¿It's the system responsible?

Comparing the health public system against the private one, how many child and maternal deaths are in the private one?

Some answers may cause astonishment and pain.

**Key words:** Maternal mortality, policy.

### INTRODUCCIÓN

El análisis de una política lleva implícito una revisión de documentos que han sido elaborados y puestos a funcionar, con cuidado, por muchas personas. En su mayoría gente calificada que guía y se encuentra motivada en ese campo. Para Aguilar (1992):

**"El análisis de una política incluye todas aquellas actividades dirigidas a desarrollar conocimiento que sea relevante para la formulación e implementación de las políticas públicas": 198**

Si la implementación de una política fuera como se escribe sería maravilloso, pero al llevarla a la práctica, se encuentran grandes inconvenientes y no se logra lo esperado.

Una muerte materna es un acontecimiento muy triste en cualquier hogar y bajar los índices de esa mortalidad es política del gobierno actual. Para Carrera (1996):

**"La muerte materna es la muerte de una mujer durante el embarazo o en el transcurso de los 42 días completos, siguientes a la terminación de aquel, independientemente de la duración y el lugar de la gestación, por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo o su asistencia, pero no por causas accidentales o incidentales. Debe dividirse en dos grupos:**

**De causa obstétrica directa (consecuencia de complicaciones obstétricas durante el embarazo,**

**parto o puerperio) resultado de intervenciones, omisiones o tratamientos incorrectos.**

**De causa obstétrica indirecta (enfermedades previas, agravadas o enfermedades aparecidas durante la gestación, pero agravadas por la gestación": 6**

La importancia de formular e implementar una política para tratar de disminuir la mortalidad materna, estriba en el empeño y la dedicación que cada integrante del equipo de salud le dedique a ese fin.

## ANTECEDENTES

La práctica de fundamentar los asuntos públicos con bases racionales apareció en el siglo XVIII, durante la Ilustración, y se fortaleció durante el siglo XIX con el advenimiento del Positivismo.

Los primeros positivistas anunciaron el surgimiento de una nueva era de la humanidad: una civilización industrial armónica y eficiente basada no en el interés político, sino dictada por el conocimiento genuino, por los hallazgos de las nuevas ciencias sociales y naturales.

La herencia positivista se mantuvo en el análisis de las políticas, se inició en el siglo XIX y continuó en el XX. Pero, más que todo, el positivismo lógico marcó su orientación metodológica, fue influyente durante el período anterior a la Segunda Guerra Mundial y sus implicaciones resultaron ser particularmente importantes para el comportamiento de las ciencias sociales, durante los años 50 y 60, cuando se buscó ajustar las ciencias sociales al modelo positivista de las ciencias naturales.

El análisis de las políticas se ha visto influido por las recientes doctrinas, relativamente moderadas, del positivismo lógico y por el industrialismo exuberante. En el positivismo, el conocimiento real era el científico: observación de datos, inferencia lógica y la determinación de relaciones constantes entre los hechos. Pero en el ámbito del conocimiento, se restringían planteamientos de carácter lógico y factual y no podían extenderse juicios de valor. La razón no tenía cabida en la determinación de las normas, porque no auxiliaba a los seres humanos a decidir qué se debería hacer o dejar de hacer.

El análisis de la política apareció primero como la victoria del conocimiento sobre la política y luego como la dominación de la política sobre el conocimiento. Aguilar (1992) menciona a Harte, quién refiriéndose al análisis de las políticas menciona:

"Los cambios en las técnicas y los procedimientos deberían ser considerados como una batalla continua de la guerra de "todos contra todos". Aquellos que propugnan cambios en las técnicas y procedimientos son, en su mayoría, consiente o inconscientemente mercenarios. Pretenden cambios en la estructura de

poder establecida, pero en realidad, responden a los incentivos que convienen a sus intereses": 205  
Esto lo que significa es que cuando se hace una política, ésta responde a intereses de los de "arriba", llámense organismos internacionales, países desarrollados, gobiernos del país y locales, y no se hace pensando directamente en la ciudadanía a la que, supuestamente, va dirigida la política.

Al existir algún tipo de comunicación entre expertos y ciudadanos, cada uno trata de confundirse, buscan algo en común, pero defendiendo fronteras. Aguilar (1992) cita a Behn y dice:

"El análisis de política se centra en los costos y beneficios que las medidas políticas conllevan para la sociedad como un todo, son pocos los decisores políticos individuales que encuentran significativo el criterio del beneficio social para sus objetivos más limitados. Si el legislador, al tomar en consideración los costos de una decisión, logra repartirlos disimuladamente entre los ciudadanos concentrando legalmente los beneficios en un grupo privilegiado, cuyo apoyo busca obtener, no le importará que los costos agregados excedan mucho a los beneficios.

En realidad, el análisis responde a preguntas que no interesan a la mayor parte de los legisladores y son los políticos, no los analistas, quienes toman la mayoría de las decisiones políticas importantes": 245

El analista tiene una forma de visión diferente al político. En la cita anterior se observa claramente: tenemos que muchas de las políticas, normas y directrices son dictadas por los políticos y están en manos de pequeños grupos, que, generalmente, tienen el poder en el país y mencionan principios orientadores como equidad, universalidad, solidaridad, ética, calidad, inclusión social.

## EJES TRANSVERSALES

### Enfoque de Género

Es un proceso mediante el cual se reconocen las diferencias entre hombres y mujeres, en términos de sus necesidades y problemas de salud, para planificar acciones integrales adecuadas a sus particularidades biológicas y sociales, garantizando la participación igualitaria de ambos géneros en la toma de decisiones en el ámbito político, económico y social.

### Enfoque de Derechos

La salud es uno de los derechos esenciales de las personas, el cual es consagrado en la Constitución Política de la República, donde se señala que es un bien de interés público y es función del Estado velar por la salud de la población.

En este sentido, el sistema de salud reconoce a la

población como sujeto de derecho y garantiza la atención integral en salud, oportuna y con calidad, en igualdad de oportunidades, con respeto a la integridad ya la especificidad biológica, social y cultural de las personas y la colectividad.

### Participación Social

Es el ejercicio pleno de la ciudadanía, que permite el derecho a participar, en forma conciente, corresponsable, activa e informada, de todos los actores sociales, en la identificación, análisis y priorización de necesidades de salud, la formulación de planes y programas, así como, las decisiones relacionadas con su ejecución, evaluación y rendición de cuentas, para garantizar su calidad, eficiencia y efectividad.

En Canadá se hizo un estudio sobre el oleoducto y causó un gran impacto, se le llamó informe Berger, entre todos sus análisis y conclusiones, refiere Aguilar (1992) que:

**"Berger ubica el análisis dentro de un contexto ideológico. Señala que hay un sesgo prevaleciente en los estudios y afirma que este tiende a ocultar la naturaleza de los asuntos humanos y la evaluación de los proyectos como un proceso político": 227** Como lo ilustra la cita anterior, en el ambiente político se excluyen los asuntos humanos. Más que todo, el político mira a la colectividad, desde qué se le puede dar a la gente a partir de lo que él ofrece. Aguilar menciona a Elmore (1993) quien dice:

**"En la esfera de la política, la gente tiende a prestar más atención exclusiva a los asuntos más generales, y a las grandes modificaciones en la distribución del poder, entre las unidades gubernamentales": 218**

Elmore clarifica cómo en el ambiente político se plantean grandes proyectos, con el objetivo de que se visualicen, porque si son pequeños, es posible que las personas no brillen.

Para Bellavance (1989):

**"Las políticas gubernamentales refieren tanto la decisión de hacer como la de no hacer": 1**

En cuanto a análisis se refiere, es muy interesante este pensamiento político, porque en manos de los gobiernos están las decisiones de llevar a cabo muchos proyectos efectivos, provechosos y de impacto social.

Una política pública es hecha por autoridades políticas y administrativas legítimamente construidas. Bellavance (1989) presenta tres modelos de análisis.

<sup>1</sup> Un sistema es un conjunto de componentes y elementos identificados, relacionados entre sí con relaciones también identificables y cuya dinámica tiene un objetivo definido. Es abierto cuando se relaciona con el ambiente que lo rodea llamado integrante y es más abierto conforme se amplíe dicha relación. (Restrepo,G; Arias,H y Cadaic,G 1990, P.28).

Entre ellos el sistémico que se aplicó en el análisis de la política estudiada. El modelo sistémico plantea un nuevo conjunto teórico. Este marco conceptual, que se puede reducir o estirar de acuerdo con las necesidades de información de los analistas, se aplica, en primer término, tanto a fenómenos de elaboración y de adopción, como a aquellos de implantación y gestión de políticas.

El esquema comprende siete tipos de factores o variables que se describen como: tres tipos de variables de entrada o insumo, dos variables de transformación, tomadas de los teóricos de la sociología de la organización; y por último, dos tipos de variables de salida inspiradas en los modelos económicos.

Según el modelo mencionado, para el análisis de políticas es importante contemplar el entorno, porque al obviarlo, los resultados son inefectivos. Se aplica el concepto de sistema abierto, porque las características del ambiente ayudan a la comprensión.

El empleo de algún tipo de análisis requiere dedicación y esfuerzo. Respecto de la Política Nacional de Salud, el análisis partió del conjunto de directrices elaboradas como respuesta social a las demandas de la población, cuyo cumplimiento debe ser evaluado para determinar el grado de efectividad alcanzado.

La Política Nacional de Salud fue elaborada mediante un proceso participativo, que involucró a las instituciones del sector y a actores sociales directamente relacionados con las acciones que en materia sanitaria se deben desarrollar en el país.

Esta política se formula para un período de gobierno, pero como el proceso de producción social de la salud es muy dinámico, se podría requerir la reformulación o la creación de nuevas políticas, en respuesta a nuevos problemas o necesidades emergentes. El replanteamiento cumple con el requisito fundamental de la Política Nacional de Salud: "responder al carácter dinámico de las necesidades en salud y a la pertinencia entre lo planteado y las acciones que se desarrollan en la realidad".

La formulación de la política y la agenda sanitaria del período 2002-2006, se fundamentó en principios orientadores y ejes transversales con un enfoque democrático, innovador y progresista; tanto en el campo de la salud pública, como en un contexto globalizado. Asimismo, se buscó la equidad y la calidad de la atención integral de la salud; además de mantener los éxitos alcanzados, consolidando un espíritu visionario que conduzca a la reducción de brechas sociales.

Un análisis entre la política de Área de Intervención en Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos, con el modelo Bellavance sería:

Atención integral sectorial e interdisciplinaria de la salud sexual y reproductiva en las diferentes etapas del ciclo de vida, con un enfoque de género y derechos de riesgo, sustentada en principios de solidaridad, universalidad, igualdad y equidad.

Fue creada con seis estrategias, pero para efectos de este trabajo, sólo se hará referencia a la mortalidad materna. Dice así:

Fortalecimiento del Sistema Nacional de Análisis de la Mortalidad Materna publicada en la Gaceta N o 205, en el año 1999. Fue creada el 22 de octubre del mismo año.

Menciona lo siguiente:

Considerando:

1-Que la salud de la población es un bien de interés público tutelado por el Estado.

2 -Que la mortalidad materna es un problema importante de la Salud Pública, por las repercusiones y trascendencias sociales que conlleva.

3-Que la mayoría de las causas de mortalidad materna son previsibles y evitables con intervenciones simples y medidas sencillas y de bajo costo.

4-Que la mortalidad materna es aceptada como un indicador del desarrollo social necesario para medir el impacto de las políticas de salud y los planes de desarrollo de un país.

5-Que la reducción de la mortalidad materna, es una responsabilidad y un compromiso asumido por el gobierno y específica mente por el Ministerio de Salud como un ente Rector en salud. Decretan 21 artículos de un reglamento sobre el Sistema Nacional de Evaluación de Mortalidad Materna, en ese momento estaba de presidente de Costa Rica el Señor Miguel Ángel Rodríguez y el Ministro de Salud era Don Rogelio Pardo Evans.

Análisis según Michell Bellavance, (1989) modelo sintético.

## INSUMOS

- Política Nacional de Salud 1998-2002.
- El Plan Nacional de Salud 1999-2004.
- Las Políticas Universales.
- Las metas del milenio.
- Las leyes y decretos específicos.
- Plan Nacional de Desarrollo.
- Delimitación de cuatro ámbitos con sus respectivas áreas de intervención.
- Normas existentes de atención materna tanto en

la CCSS en conjunto con el Ministerio de Salud de Costa Rica.

- El alto índice de desarrollo humano en que se encuentra Costa Rica entre 1996-2000. Ocupó la posición 48 y 46.

- En el índice de Desarrollo Humano y de Desarrollo Relativo al Género, respectivamente, con una recuperación en ambos indicadores para el año 2001.

- Costa Rica es el mayor receptor de inmigrantes centroamericanos. En el año 2000 el 7.7% de la población era extranjera, de los cuales 7.5% es de origen nicaragüense.

- La mortalidad materna se ha mantenido uniforme en 3.6 por mil nacidos vivos y se ha observado que su causalidad es determinada por factores asociadas al embarazo y parto.

- Disminución de la Mortalidad Materna.

- Acciones en todos los centros de salud del país.

Los recursos humanos existentes son suficientes.

## ELABORACIÓN

- Los Equipos Coordinadores por Área de Intervención (ECAI) desarrollaron un análisis de situación con consulta a fuentes de información diversas sobre el área de intervención.

- Análisis del sector salud.

- Define asuntos críticos relevantes.

- Se forman comités de análisis de mortalidad materna en zonas del país. Regionales y locales.

## PRODUCTO

Se presentó:

- Actores sociales con representantes de instituciones públicas: Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), Ministerio de Salud, Patronato Nacional de la Infancia.

- Grupos comunales que estén vinculados con la salud como asociaciones de desarrollo comunal, líderes comunales.

- En reuniones regionales y locales se redefinen asuntos críticos.

- En talleres se plantearon lineamientos de política, estrategias y responsables.

- El primer grupo en el ámbito regional se llama CORAMI y el local COLAMI.

## RESULTADOS

Basándose en los análisis hechos en el ámbito local de las muertes maternas, se determinan puntos críticos y se elaboran planes de acción para el cantón o el área de atracción que corresponda.

Los indicadores se mantienen estables, lo que

• manifiesta que hay obstáculos difíciles de superar. Cada región se trabajó en correspondencia con el nivel Central o Regional. Se evidenció que a pesar de replantearse toda la Zona Brunca -elevando los problemas existentes a los niveles más altos- los indicadores continuaron iguales. Este año puede que se analice Limón, el siguiente Guanacaste, aún así, los puntos críticos encontrados no suelen atenderse.

En las últimas reuniones en el ámbito regional se plantearon los problemas de cada hospital, que son los mismos de todo el país. Por ejemplo: las muertes por sepsis post parto, indicador que se repite año tras año.

La ausencia de profesionales en Enfermería Obstétrica agrava más la situación, pues este profesional participa en la detección de madres en riesgo. Tanto el conocimiento como su experiencia son muy importantes, ya que agregan valor en lo concerniente a la reducción de la mortalidad materna.

A las variables debe dárseles más atención, están mediadas por grupos en el interior de las Instituciones de Salud.

Para Bellavance (1989)

**"Las variables deben ser tomadas en cuenta por el analista de políticas y programas gubernamentales y este debe ser - una tarea multidisciplinaria, además de que consideramos que la utilización de esos modelos - no conduce sino a un tipo de observación parcial de los fenómenos observados": 17**

Algunas consideraciones finales acerca del análisis de mortalidad materna:

✓ El comité de análisis detectó que en la comunidad hace falta más orientación para la salud, que sería de gran beneficio para disminuir la mortalidad materna.

✓ Hay muchos factores de riesgo que el o la profesional que las atiende, en el ámbito de EBAIS, deja pasar. Al llegar al centro de atención hospitalaria ya no se puede hacer nada.

✓ Los sistemas de citas de centros hospitalarios están saturados en cuanto a atención de alto riesgo y a muchas madres se les da la cita para cuando -incluso- ya ha pasado su parto.

✓ En la Región Brunca, exceptuando el Hospital Escalante Pradilla, hay especialistas - ginecólogos, pediatras, anestelistas- talvez uno por hospital, que dependiendo de las fechas: navidad, semana santa, vacaciones escolares toman sus días libres todos a la vez. En estas circunstancias, las madres con problemas de labor y parto tienen que ser trasladadas hacia Pérez Zeledón o San José.

✓ Los problemas citados se elevan al ámbito central, pero transcurren los años sin que hayan cambios significativos. Por medio del análisis se clarifica que se gobierna para grupos y que si no se implementan las políticas como se debe, los perjudicados son los y las ciudadanas.

✓ Si se miran con detenimiento los insumos, elaboración, producto y resultados de la política de Salud de Costa Rica y, en específico, la estrategia que menciona la mortalidad materna, se observa como todas las políticas son indicadores de los organismos internacionales que las dictan para los países pobres del área.

✓ Los miembros del Comité de Mortalidad Materna analizan, pero quienes deciden son los políticos. Los análisis concluyen e identifican fallas en el sistema (preventivo, curativo) que son reportadas, pero el ojo del político lo ve de otra forma y por eso los indicadores se mantienen estancados.

El político decide dónde irán los recursos, aunque esa no sea la solución. Por lo tanto, se recomienda que las enfermeras se cuestionen lo siguiente:

¿Dónde ocurren las muertes maternas?

¿Estoy libre de culpa o hice algo para evitarlo?

¿Escribo y reporto lo que hago?

Entre todas y todos se buscarán las soluciones a un problema complejo: la mortalidad materna.

## REFERENCIAS

Aguilar, Luís F (1992). **El estudio de las Políticas Públicas**. México. Porrúa.

Aguilar, Luís F (1993). **La Implementación de las Políticas**. México. Porrúa.

BellLavance, Michell (1989). **Las Políticas Gubernamentales. Elaboración, Gestión y Evaluación**.

Traducción realizada por Ángela Arias Formoso, Universidad Nacional de Costa Rica.

Carrera, Macía José (1996). **Protocolos de obstetricia**. España. Masson.

Caja Costarricense de Seguro Social - Ministerio de Salud - Universidad de Costa Rica (2002).

Plan Nacional para la Prevención de la Mortalidad Infantil y la Promoción de la Salud Materna y Perinatal IOOI - 1006

Caja Costarricense de Seguro Social - Ministerio de Salud (1995). Normas de Atención Integral de Salud. Primer nivel de Atención.

Deutsch, Karl W (1998). **Política y Gobierno**. México. España.

Ministerio de Salud (1003). **Agenda Sanitaria Concertada**. Los Diez Compromisos del Sector. San José. C.R.

OPS - OMS (2002). **Política Nacional de Salud**. República de Costa Rica.