



La muerte materna en Chiapas. La atención del parto y el puerperio *

A partir de los avances tecnológicos y científicos de nuestra época, esperaríamos haber erradicado algunos problemas relacionados con la calidad de vida. En el caso que nos ocupa: la muerte materna, con base en el desarrollo tecnológico, la extensión de la cobertura de los servicios de salud y el incremento de las medidas para la atención del parto, podríamos asumir que las mujeres *no deben* morir por causas evitables relacionadas con el embarazo, el parto y el puerperio. Sin embargo, el alcance de las muertes maternas todavía es importante en México, principalmente en el estado de Chiapas, en donde se reporta la tasa de mortalidad materna más alta del país.

Es necesario buscar explicaciones más allá de los aspectos formales de la cobertura institucional y de la calidad de los servicios de salud reproductiva. Un aspecto a considerar es que la visión generalizada con que se documenta la política pública en salud puede tener importantes limitaciones al aplicarse a espacios socioculturales y económi-

Alejandra Cantoral y
Austreberta Nazar**

cos particulares. En este trabajo argumentaremos que el modelo fundamentado en la atención prenatal por demanda,[†] sin un seguimiento estrecho hasta el parto y puerperio, corresponde a una visión fragmentada de la salud reproductiva. La mayor parte de los esfuerzos institucionales se orientan a incrementar la cobertura y calidad de los servicios de atención prenatal, sin un compromiso que garantice la atención integral de las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio.

Con base en el desarrollo tecnológico, la extensión de la cobertura de los servicios de salud y el incremento de las medidas para la atención del parto, podríamos asumir que las mujeres no deben morir



por causas evitables relacionadas con el embarazo, el parto y el puerperio.

* Este proyecto se inscribe dentro del Convenio de Colaboración con el Instituto de Salud del Estado de Chiapas.

** Alejandra Cantoral está adscrita a la línea Género y Salud Reproductiva de la División de Población y Salud de ECOSUR. Austreberta Nazar es investigadora responsable de la misma línea (anazar@sclc.ecosur.mx).

† La atención se brinda a las embarazadas que espontáneamente acuden a las unidades médicas, sin compromiso por parte de las instituciones de dar seguimiento durante todo el proceso.



Tampoco se otorga la importancia debida a los factores de índole sociocultural y económica que influyen en que las mujeres acudan o no a las unidades médicas para recibir atención, y que en entidades como Chiapas resultan fundamentales para explicar la mayor probabilidad de muerte materna.

Contexto del estudio

La muerte de una mujer durante el periodo grávido o puerperal es un hecho de interés en sí mismo, pero además tiene hondas repercusiones familiares, sociales y económicas. La mayor parte de las veces la muerte materna está condicionada por la interrelación de factores educativos, económicos y culturales, así como por la disponibilidad y calidad de los servicios médicos.

Chiapas es uno de los estados con mayor nivel de mortalidad materna, estimándose para 1997, una tasa de 6.3 por 10,000 nacimientos registrados (CONAPO, 2000). Según los registros oficiales (INEGI, 2000), uno de cada cuatro habitantes es indígena, y la proporción de mujeres de 15 años y más sin escolaridad es muy elevada, particularmente en ese grupo (45.5%).

Entre la población coexisten diferentes prácticas médicas que se utilizan en forma alterna o simultánea. Esto responde a aspectos socioeconómicos y culturales, pero también a una cobertura claramente insuficiente de los servicios institucionales de salud. Los indicadores de cobertura nominal de servicios de salud muestran que en Chiapas la disponibilidad de médicos y enfermeras por cada 100,000 habitantes es muy inferior a la que registra la media nacional; sin embargo otros aspectos, como las consultas por médico, son relativamente más elevados que la media nacional (cuadro 1).

El porcentaje de mujeres que en el estado reciben atención prenatal adecuada es bajo: 58% en la región Frailesca (Sánchez *et al.*, 1997) y 48.1% en la región Fronteriza (Nazar *et al.*, 1999), aunque

Cuadro 1. Indicadores de cobertura nominal para unidades médicas y personal médico. México y Chiapas, 2000.

Fuente: INEGI, 2003.

Indicadores de servicios médicos (no incluye el sector privado)	Nacional	Chiapas
Recursos humanos por 100,000 habitantes		
Médicos	120.5	88.2
Enfermeras	190.1	118.7
Recursos físicos por 100,000 habitantes		
Camas censables	77.3	44.1
Consultorios	51.1	49.3
Quirófanos	2.8	2.0
Servicios por 100,000 habitantes		
Consultas generales	1 704.6	1620.9
Intervenciones quirúrgicas	28.3	16.9
Egresos hospitalarios	44.1	30.6
Productividad diaria de los recursos		
Consultas por médico	8.0	8.9
Intervenciones quirúrgicas por quirófano	2.8	2.3
Hospitalización		
Enfermeras por médico	1.6	1.3
Enfermeras por cama	2.5	2.7
Porcentaje de ocupación hospitalaria	67.8	61.7
Porcentaje de mortalidad hospitalaria	2.6	2.3
Promedio de días de estancia	2.2	2.3
Partos por 1,000 egresos	330.9	384.3



en este último estudio se reporta que aproximadamente tres de cada cuatro mujeres acuden a las unidades médicas por lo menos en una ocasión durante el embarazo (73.3%). Por otra parte, datos oficiales (INEGI, 1999) indican que en Chiapas se atienden más partos en el domicilio de la persona o de la partera que en un hospital o clínica (70.1% vs. 29.9%).

Como puede observarse, aunque la proporción de mujeres que acude a recibir atención prenatal a las unidades médicas es baja, la atención del parto es todavía menor. Esos datos parecen responder a los lineamientos del programa de salud reproductiva que privilegia la atención prenatal; además de lo anteriormente mencionado sobre la utilización de distintas prácticas médicas. En todo caso, hay mayores riesgos relacionados con las características de la atención del parto.

Características de las defunciones maternas en Chiapas

Este análisis se realizó sobre la base de 72 defunciones maternas ocurridas entre 1999 y 2001 en Chiapas. Las fuentes de información fueron el Comité Nacional para el Estudio de la Mortalidad Materna y Perinatal (autopsias verbales), así como 64 certificados de defunción correspondientes a las 72 muertes. Se siguió un detallado proceso para establecer una clasificación de causas de muerte con base en la posibilidad de que los decesos pudieran ser prevenidos o no por la atención prenatal (detectables/

prevenibles, no detectables/no prevenibles).

En este texto reportamos algunas características de la distribución de los fallecimientos de acuerdo a edad, paridad y adscripción étnica, así como las frecuencias de lugar del deceso, el lugar de la atención del parto y las personas que lo atendieron. Posteriormente se analiza la importancia de la atención prenatal para prevenir las defunciones, en relación con el porcentaje de las mujeres que la recibieron y las causas de muerte, y finalmente se discuten las implicaciones de estos resultados.

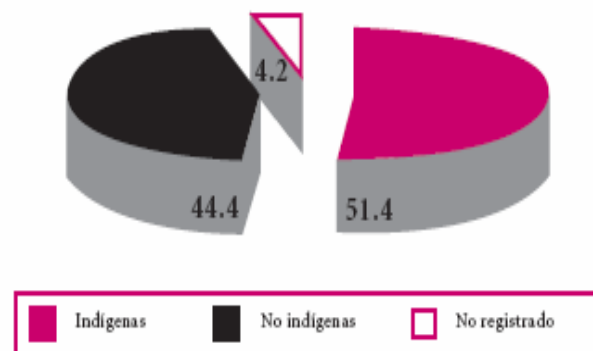
En cuanto a la relación entre los decesos y la edad de las mujeres, encontramos que entre las

¿Las circunstancias de las defunciones pueden ser explicadas por la accesibilidad a los servicios de salud o por un rechazo cultural a la atención médica institucional? ¿Qué importancia tiene la atención prenatal para prevenir la muerte materna?

Defunciones entre población indígena y mestiza según edad y paridad

De las 72 defunciones maternas analizadas, 44.4% corresponde a mujeres indígenas y 51.4% a mujeres no indígenas.² Podríamos estimar que la tasa de muerte entre indígenas es aproximadamente el triple que la registrada entre población no indígena.

Distribución de las defunciones maternas por grupos étnicos. Chiapas, 1999-2001.



Fuente: Autopsia verbal.

² La clasificación de las mujeres como indígenas o no indígenas se hizo con base en el autorreconocimiento como tales por parte de los informantes en las autopsias verbales.



indígenas, 59.5% ocurren en los grupos de edad extremos: de 15 a 19 años (27%) y de 35 y más (32.5%). Entre las no indígenas, solamente el 33.4% de las defunciones ocurren en esos grupos de edad (16.7% para cada grupo), evidenciando así que existen riesgos diferenciados para mujeres indígenas y no indígenas, probablemente relacionados con los patrones de paridad o los patrones de búsqueda de atención durante el embarazo, parto y puerperio, asociados a la edad.

En relación con la paridad, se observó que más de la mitad de los fallecimientos ocurrieron entre mujeres cuyo embarazo era el primero o el segundo (54.1% entre indígenas y 62.5% entre no indígenas); las muertes en el tercero o el cuarto embarazo correspondieron al 8.1% de las mujeres indígenas y el 15.6% de las no indígenas; en el quinto o más, al 40.5% de las mujeres indígenas y al 21.5% de las no indígenas. Las diferencias en la paridad entre las defunciones de mujeres indígenas y no indígenas –particularmente entre las que tienen cinco o más hijos–, sugieren que son más importantes otros factores relacionados con aspectos socioeconómicos, culturales y de acceso y utilización de los servicios de salud, que el riesgo biológico asociado a una elevada paridad.

Lugar de las defunciones y personas que atienden el parto

Tres de cada cuatro fallecimientos ocurrieron durante el parto y el puerperio –principalmente durante este último–, tanto entre mujeres indígenas (51.8%) como no indígenas (61.8%). Por otra parte, siete de cada diez muertes de mujeres indígenas sucedieron en el hogar o en el traslado a unidades médicas (67.5%); mientras que entre

la población no indígena esto se dio en cuatro de cada diez (37.5%). Lo anterior se asocia fuertemente al lugar de atención del parto: la proporción de las mujeres indígenas que dieron a luz en el hogar fue significativamente mayor (81.1%) que entre las no indígenas (43.7%).

Es importante destacar que tanto entre las mujeres indígenas como no indígenas que atendieron su parto en el hogar, 83.3% y 85% respectivamente murieron ahí mismo o en el traslado a unidades médicas. Tales cifras significan que menos del 20% de quienes presentaron complicaciones graves

en su hogar, pudieron acceder a unidades médicas. El riesgo no sólo tiene que ver con la falta de atención rápida de calidad para salvar la vida (transfusiones sanguíneas, histerectomía, tratamiento antihipertensivo), sino con el hecho mismo de que el personal no capacitado que atiende los alumbramientos puede provocar las complicaciones que llevan a la muerte, debido a

un mal manejo en la atención del parto y el puerperio.

En este sentido, hallamos que 52.1% de las fallecidas fueron atendidas por personas no facultadas: parteras no capacitadas (27.1%), familiares (18.8%) o ellas mismas (6.3%). La atención del parto por personal médico o parteras capacitadas fue mucho mayor entre mujeres no indígenas (72.2%) que entre indígenas (33.6%).

En resumen, estimamos que la frecuencia de la muerte materna en Chiapas entre población indígena es aproximadamente el triple que entre población mestiza. En estos dos grupos se registra un patrón diferencial de muerte materna según la edad, lo que sugiere que entre ambos grupos existen distintos patrones de paridad y riesgos asocia-





dos a la edad. Más de la mitad de las defunciones maternas ocurren en el primer o segundo embarazos, evidenciando su importancia como grupo de riesgo. Además, una elevada proporción de las mujeres indígenas y no indígenas fallecen en su casa o en el traslado a las unidades médicas; las muertes probablemente se relacionan con complicaciones provocadas por el mal manejo

del parto y el puerperio, debido a que en un elevado porcentaje la atención es brindada por personal no capacitado (familiares o ellas mismas), especialmente entre la población indígena.

¿Estas circunstancias pueden ser explicadas por la accesibilidad a los servicios de salud o por un rechazo cultural a la atención médica institucional? ¿Qué importancia tiene la atención prenatal para prevenir la muerte materna?

Prevención de la muerte materna

Entre las defunciones analizadas, encontramos que el 47.2% de las mujeres recibieron atención prenatal de algún tipo, lo que corresponde a casi la mitad de nuestra población (37.8% entre indígenas y 59.4% entre no

Fuente: INEGI, 2005.

Características de la atención prenatal	Indígenas n=14%	No indígenas n=19%	Total n=33%
Tuvo atención prenatal	37.8	59.4	47.2
Personal que proporcionó la atención prenatal			
• Sólo médico	24.3	63.7	33.3
• Sólo enfermera	2.3	3.1	2.8
• Sólo partera	32.3	12.6	23.6
• Personal médico y partera	0.0	6.2	2.8
• Otro	24.3	15.6	19.4
• Se ignora	18.8	16.2	18.2
Mes en que inició la atención prenatal			
• 1º trimestre	16.2	3.4	23.6
• 2º trimestre	18.9	12.5	16.7
• 3º trimestre	10.8	16.7	14
• Se ignora	54.0	37.6	45.9
Número de consultas			
• 1 a 2	10.8	21.9	15.3
• 3 a 5	18.9	15.6	18.1
• 5 y más	10.8	31.3	19.4
• Se ignora	59.4	31.3	47.2

indígenas). Si a estos bajos porcentajes agregamos el hecho de que la atención proporcionada por personal médico (médicos y enfermeras) fue de sólo 26.6% y 37.8% para indígenas y no indígenas, respectivamente, la situación es aún más desalentadora (cuadro 2).

Los registros indican que 70% de los decesos se debieron a causas directas que se presentan en especial durante el parto y el puerperio y que no se pueden prevenir durante la atención prenatal.³ Las causas de muerte que pueden ser detectadas y atendidas durante la atención prenatal⁴ corresponden sólo al 30%, lo que reafirma la asociación de las muertes con la atención y condiciones del parto y no necesariamente con la atención previa.

Cuadro 2. Distribución de las defunciones maternas, según el antecedente de atención prenatal y sus características. Chiapas, 1999-2001.

³ Atonía o hipertonia uterina, retención de placenta, sepsis puerperal, desprendimiento prematuro de placenta, hemorragia, choque hipovolémico y aborto.

⁴ Eclampsia y preeclampsia, placenta previa, embarazo múltiple, padecimientos graves no relacionados con el embarazo: enfermedades cardiovasculares y renales, diabetes, sida y cáncer.



La mayoría de las defunciones ocurrieron por causas no detectables en la atención prenatal. Esto significa que aun cuando las mujeres hubieran recibido una atención prenatal de calidad, el riesgo de muerte hubiera permanecido sin cambios.

Conclusiones

Los resultados muestran que en Chiapas existe un mayor riesgo de muerte materna entre la población con mayor desventaja socioeconómica y cultural, como son las mujeres indígenas.


En este sentido, una proporción importante de las mujeres fallecidas no contaba con escolaridad alguna: 56.8% de las mujeres indígenas y 34.4% de las no indígenas. La baja escolaridad puede incidir en la búsqueda de atención durante el embarazo, el parto y el puerperio. Además,

aun cuando las mujeres sin escolaridad reciban atención prenatal, tienen una menor probabilidad de atención del parto en unidades médicas.

Es preciso destacar también los aspectos ligados a la valoración de los servicios de salud de la medicina occidental respecto a los servicios médicos tradicionales, en los que además se puede incluir la situación de género. Al respecto Molina (2002), en un estudio realizado en los Altos de Chiapas, reporta que cuando se presenta alguna complicación durante el parto en mujeres indígenas, el traslado al hospital se retrasa lo más posible: *basta que la mujer está débil o ya no tiene fuerzas*. El argumento es que si otras mujeres han sido fuertes y valientes en sus partos *normales*, quien presenta una complicación tendrá que esperar hasta el último momento para demostrar que no puede más.

En el rubro de prevención, hay que resaltar la sobrevaloración que normalmente se le otorga a la atención prenatal. Flores (2003) muestra que a ésta se le atribuyen extensos beneficios, como la posibilidad de prevenir las complicaciones del

embarazo y el parto, los partos prematuros y la muerte materna, además de que se relaciona con la promoción de una buena alimentación, información sobre tabaco y drogas, y detección de enfermedades de transmisión sexual. Sin embargo, como se deriva de nuestro estudio, la mayoría de las defunciones ocurrieron por causas no detectables en dicha fase. Esto significa que aun cuando las mujeres hubieran recibido una atención prenatal de calidad, el riesgo de muerte hubiera permanecido sin cambios.

Reconocemos la importancia de la atención prenatal, pero no puede ser un servicio sujeto a la demanda espontánea de atención por parte de las mujeres, indiferente a lo que ocurra durante el parto y el puerperio. Es necesario diseñar modelos de atención integral que en los que se reconozcan los factores que limitan el acceso de las mujeres a una atención médica de calidad, y se garantice un compromiso y seguimiento. En esta línea, la atención médica debe acompañarse de un programa intensivo de capacitación a parteras –y a las propias mujeres– sobre la identificación y manejo de signos de alarma en el embarazo, el parto y el puerperio. 

Bibliografía

- Consejo Nacional de Población (2000). Cuadernos de Salud Reproductiva, Chiapas.
- Flores, Jesús (2003). Patrones de utilización de servicios de salud, durante el embarazo y el parto en Chiapas, Tesis de licenciatura en Medicina Humana, Universidad Autónoma de Puebla.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (1999). Estadísticas vitales del Estado de Chiapas, INEGI, México.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (2000). XII Censo General de Población y Vivienda.
- Molina, Dolores (2002). Percepción del riesgo durante el parto en los Altos de Chiapas. Ecofronteras núm.15.
- Nazar, Austreberta; D. Molina; B. Salvatierra; E. Zapata; D. Halperin (1999). Efectos de la desigualdad socioeconómica de las mujeres sobre atención prenatal en la región fronteriza de Chiapas, México. Género y salud en el sureste de México.
- Sánchez, Héctor Javier; H. Ochoa; M. García; M. Martín (1997). Bienestar Social y Servicios de Salud en la Región Fraylesca de Chiapas: el uso de servicios de atención prenatal. Salud Pública de México. 30(6): 530-538.
- Secretaría de Salubridad y Asistencia (2000). Recursos Físicos, Materiales y Humanos por Entidad Federativa y Municipio.