

FACTORES CONDICIONANTES DE LA MUERTE MATERNA
EN LA ZONA INDÍGENA DE AMEALCO, ESTADO DE
QUERÉTARO DEL 2000 al 2005

2013

Javier Vega Terrazas



Universidad Autónoma de Querétaro
Facultad de Medicina

**“FACTORES CONDICIONANTES DE LA MUERTE
MATERNA EN LA ZONA INDÍGENA DE AMEALCO,
ESTADO DE QUERÉTARO DEL 2000 al 2005”**

Tesis

Que como parte de los requisitos para obtener el grado de

Maestría en Salud Pública

Presenta

M.C. Javier Vega Terrazas

Centro Universitario, Qro; 2013.



Universidad Autónoma de Querétaro
 Facultad de Medicina
 Maestría en Salud Pública

“FACTORES CONDICIONANTES DE LA MUERTE MATERNA EN LA ZONA INDIGENA DE AMEALCO, ESTADO DE QUERETARO DEL 2000 al 2005”

TESIS

Que como parte de los requisitos para obtener el grado de
 Maestro en Salud Pública

Presenta:

M.C. Javier Vega Terrazas

Dirigido por:

Dra. Hilda Romero Zepeda

Co dirigido por

MSP Rubén Salvador Romero Márquez

SINODALES

Dra. Hilda Romero Zepeda
 Presidente

MSP Rubén Salvador Romero Márquez
 Secretario

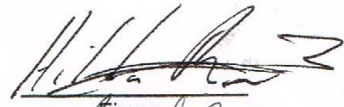
Dra. Sandra Hidalgo Martínez


Vocal

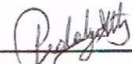
Dra. C. S. Ma. Guadalupe del Rocío Guerrero Lara
 Suplente


MSP Eunice Rodríguez Piña
 Suplente

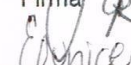
Dr. Javier Ávila Morales
 Director de la Facultad de Medicina

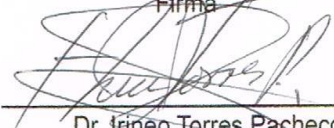

 Firma


 Firma


 Firma


 Firma


 Firma


 Dr. Irineo Torres Pacheco
 Director de Investigación y
 Posgrado

Centro Universitario
 Querétaro, Qro.
 Septiembre Qro.2013
 México

RESUMEN

Introducción: La mortalidad materna es un problema de salud pública, un indicador del desarrollo socio-económico de los pueblos, aceptado internacionalmente para evaluar los progresos y la disminución en la desigualdad social. No obstante los esfuerzos de intervención sanitaria a nivel nacional, regional y estatal, no se ha logrado disminuir la mortalidad de acuerdo a indicadores del milenio, necesitándose el estudio de los factores de riesgo condicionantes, sobretodo en comunidades indígenas marginadas en el estado, de Querétaro

Objetivo: Determinar el perfil epidemiológico y la presencia de factores condicionantes de la muerte materna en la zona indígena Hñáño del Municipio de Amealco de Bonfil del Estado de Querétaro.

Material y Métodos: Estudio observacional, transversal, comparativo, Tamaño de muestra, de 22 muertes maternas registradas en la Secretaría de Salud del 2000 al 2005, en la zona indígena (11/22) y no indígena (11/22) San Juan del Río, Tequisquiapan, Pedro Escobedo y Colón, Se analizaron las variables Sociodemográficas, antecedentes gineco-obstétricos, de accesibilidad de los servicios de salud, atención del parto y socioculturales. La información se obtuvo a través de expedientes clínicos y autopsias verbales. EL análisis estadístico se hizo en el paquete SPSS 12, se obtuvieron parámetros para estadística descriptiva (frecuencias y porcentajes), y la estimación del OR para la determinación de factores de riesgo.

Resultados: La media de edad fue 22 años en las indígenas, y de 20 en las no indígenas Los factores de riesgo para la muerte materna en comunidades indígenas fueron: Multiparidad OR7.9 (IC 2.0-7.2), inaccesibilidad a los servicios de salud OR 20.3 (IC 15.4-25.2), la discriminación OR5.4 (IC2.6-8.2), ingreso económico bajo OR 4.7 (IC. 2.1-7.3) y el sitio de ocurrencia del parto OR 17.5 (IC 12.8-22.5). La principal causa de muerte fue la hemorragia vaginal postparto.

Conclusiones: La falta de accesibilidad de los servicios, la atención del parto en el hogar e inclusive los atendidos en hospitales denotan la inoportunidad en la atención convirtiéndose junto con factores culturales los mayores riesgos para la muerte materna, se debe propiciar la presencia de servicios de salud interculturales y la búsqueda de estrategias institucionales que hagan accesible sus servicios en zonas altamente marginadas con las comunidades indígenas.

Palabras clave: Muerte materna, comunidades indígenas, factores condicionantes.

SUMMARY

Introduction: Maternal mortality is a public health problem, an indicator of socio-economic development of the peoples internationally accepted to assess progress and decline in social inequality. However health intervention efforts at the national, regional and state has not succeeded in reducing mortality as indicators of millennium, requiring observing conditions risk factors, especially in marginalized indigenous communities in the state of Queretaro **Objective:** To determine the epidemiological profile and the presence of determinants of **maternal death in the indigenous** area of the Municipality of Amealco Hñãñho Bonfil State of Querétaro. Material and Methods: Observational, transversal, comparative sample size of 22 maternal deaths reported in the Ministry of Health from 2000 to 2005 in the Indian region (11/22) and non-indigenous (11/22) St. John's Rio Tequisquiapan, Pedro Escobedo and Columbus, were analyzed sociodemographic, gynecological and obstetric history, clinical, accessibility of health care, delivery care and sociocultural. The information was obtained through clinical records and verbal autopsies. THE statistical analysis was done in SPSS 12 parameters were obtained for descriptive statistics (frequencies and percentages), and the estimated OR for the determination of risk factors. **Results:** Mean age was 22 years in the indigenous and non-indigenous 20 Risk factors for maternal death in indigenous communities were: Multiparity OR7.9 (IC 2.0-7.2), inaccessibility to services health OR 20.3 (IC 15.4-25.2), discrimination OR5.4 (IC 2.6-8.2), low income OR 4.7 (IC. 2.1-7.3) and parturition site OR17.5 (IC 12.8-22.5). The main cause of death was postpartum vaginal bleeding. **Conclusions:** The lack of accessibility of services, delivery care in the home and even those treated in hospitals denote the inappropriateness of care cultural becoming with the greatest risk factors for maternal death, we have to ensure the presence of services Search intercultural health and institutional strategies for making available their services in highly marginalized indigenous communities.

Key words: Maternal death, indigenous communities, conditioner factors.

DEDICATORIAS

A MI ESPOSA

Gracias a ella porque siempre creyó en mí y durante estos muchos años, ha sido mi brazo derecho, mi soporte, mi vida, lo que me mantiene en pie día a día y el motor de mis logros.

A MIS HIJOS

Con todo mi cariño ya que ellos siempre han sido la esperanza de mi vida, para lograr todo lo tengo y soy, en los momentos de mayor flaqueza al pensar en su bienestar, me impuso a salir adelante, ellos merecen un reconocimiento por tener que soportar, esos días solos mientras yo me dedicaba a estudiar y superarme.

A MI MADRE.

Gracias a ella por darme la vida y ser la primer precursora de mi superación, ya que sin sus consejos y exigencias, no hubiera logrado superarme, y sobre todo enseñarme valores de la vida como, responsabilidad, entrega, honestidad y saber trabajar.

AGRADECIMIENTOS

Gracias a la Dra. Hilda por asesorarme y al MSP Rubén Salvador Romero Márquez, por el apoyo desinteresado e incondicional, que mostraron en este proyecto.

INDICE

	Página
Resumen	I
Summary	II
Dedicatorias	III
Agradecimientos	IV
Índice	V
Índice de cuadros	VI
Índice de figuras	VII
I.INTRODUCCIÓN	1
1.1 Objetivos General	2
Objetivos Específicos.	3
1.2 Hipótesis	3
II.REVISIÓN DE LITERATURA	3
2.1. Aspectos epidemiológicos asociados a la Muerte Materna	3
2.2 Aspectos de servicios de salud relacionados con la muerte materna.	7
2.2.1. Accesibilidad de la Población a los Servicios de salud en México.	8

2.2.2. Acciones encaminadas para mejorar la salud materna	9
2. 2.3 Causas principales de muertes maternas	11
2.2.4 Género y salud materna.	12
2.3. Características socioculturales y de Salud de la población rural.	12
2.3.1 Población indígena, Sector salud y salud reproductiva	18
2.3.2. Acciones del sector salud hacia los indígenas	22
2.3.3. Experiencias en la percepción del Sector de Salud desde la perspectiva de la mujer indígena y de los requerimientos institucionales para su cobertura.	24
III. METODOLOGÍA	27
3.1 Diseño	27
3.1. Definición del universo y tamaño de la muestra	27
3.2. Unidad de análisis	28
3.3 Definición del grupo de comparación	28
3.4. Criterios de inclusión y Exclusión	29
3.4.1. Criterios de inclusión	29
3.4.3. Criterios de eliminación	29
3.5. Metodología.	29
3.6. Aspectos Éticos.	30
3.7. Tratamiento y Análisis Estadístico	30
IV. RESULTADOS Y DISCUSION	30
4.1. Perfil sociodemográfico de las mujeres con muerte materna en la Jurisdicción No. 2 de la Secretaría de Salud del Estado de Querétaro (SESEQ)	30
4.2. Perfil gineco-obstétrico de muerte materna en la	31

Jurisdicción No. 2 de la Secretaría de Salud.	
4.3 Factores de accesibilidad geográfica de los servicios institucionales de salud.	32
4.4. Perfil sociocultural	33
4.5. Perfil Económico.	34
4.6. Referente al uso de herbolaria tradicional durante el embarazo, parto y puerperio	34
V. Discusión	34
VI. CONCLUSIONES.	40
VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	42
Anexos	46

INDICE DE CUADROS

Cuadro		Página
Cuadro 2.2	Razón nacional de Muerte Materna Año 2006-2012.	7
Cuadro 4.3	Características Gineco-obstétricas de las mujeres fallecidas por muerte materna durante el 2000-2005	31
Cuadro 4.4	Accesibilidad geográfica en zonas indígenas y No indígenas en el estado de Querétaro 2000-2005	33
Cuadro 6.1	Operacionalización de variables de estudio en muerte materna de mujeres indígenas Hñãñho.	46
Cuadro 6.2	Distribución por municipios y jurisdicciones de las tasas de Muerte Materna del 2000 al 2007 en el estado de Querétaro.	49
Cuadro 6.3	Razón de momios de muerte materna según variables de interés	50

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura		Página
Figura 1.1	Tasa de Mortalidad Materna en México	5

I. INTRODUCCIÓN:

En la Norma oficial mexicana 007- SSA- 1993 de la Secretaria de Salud, se define como muerte materna a la que ocurre en una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días de la terminación del mismo, independientemente de la duración y lugar del embarazo, producida por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo o por su manejo pero no por causas accidentales o incidentales. (Norma oficial Mexicana 007, Terrones 2006)

Para el año 2010, se reportaron 287,000 casos de muertes maternas en el mundo y una Razón de Mortalidad Materna (RMM) de 390 defunciones por cada 100,000 nacidos vivos registrados (nvr). Al verificar este indicador en las seis regiones que categoriza la Organización Mundial de la Salud (OMS), se aprecian valores en la Región de África, de 480, le siguen en frecuencia la Región Mediterráneo oriental (250), la Región Sud oriental (200), América (63), Pacífico Occidental (49) y la Región Europea con cifra de 20 por cada 100,000 nvr (Chan 2012 Velasco 2002).

En las Américas para el año 2010, el rango de la RMM va de 12 en Canadá y 21 en Estados Unidos de Norteamérica como los valores más bajos. Un promedio regional de 63. Los países con los coeficientes más altos ubican a Bolivia con 190, Guyana con 280 y Haití con 350; en este contexto, México tiene una Razón de Mortalidad Materna de 50 por cada 100,000 nvr (Chan 2010).

Las principales complicaciones generadoras del 80% de las causas de mortalidad materna son: las hemorragias graves, las infecciones, la hipertensión gestacional, los abortos peligrosos y las asociadas a padecimientos como el VIH. Los factores que impiden a las mujeres que reciban o busquen atención durante el embarazo y el parto son: la pobreza, la distancia, la falta de información, la inexistencia de servicios adecuados y las prácticas culturales (Chan y Asamoá 2012).

Al revisar la información del número de defunciones en México por entidad, se aprecia que los estados que presentan una RMM mayor al nacional, son Guerrero (91.5) Oaxaca (78), Tlaxcala (78.3), Chiapas (67.2) y Chihuahua (61.7), en conjunto detectan 221 defunciones y representan el 23.2% del total. (Sánchez 2011). En el Estado de Querétaro, en el 2010 se identificaron 12 muertes maternas con una RMM de 30.5 muertes por cada 100,000 nvr (Cárdenas 2010).

Aun cuando la RMM en México y en Querétaro en los últimos cinco años se ha visto disminuida, continúa siendo un grave problema de salud pública por su alta letalidad, por las causas que la determinan que son altamente vulnerables y donde destacan las situaciones sociales, demográficas, educativas y culturales que las condicionan y que se ven acentuadas en la población rural, con énfasis a la indígena por ubicarse en zonas de alta marginación, ser grupos sociales con extrema vulnerabilidad y condiciones de precariedad, que se acentúa por su característica de género y ser monolingües lo que dificulta la accesibilidad de los servicios de salud tanto desde el punto de vista geográfico como de tipo cultural.

En Querétaro, se tiene bien identificada su población indígena, en particular la Hñãñho (Otomí) que habita en el Municipio de Amealco; la RMM se duplica en esta zona a la reportada en sus zonas urbanas, es por esta situación que se justifica realizar un estudio de investigación epidemiológica, para identificar los factores de riesgo para la mortalidad materna en mujeres indígenas y compararlas con las acontecidas en personas no indígenas y evaluar si los factores sociales, demográficos, culturales, educativos y los atribuibles a los servicios de salud influyen en su presentación.

1.1 Objetivos

Objetivo General

Determinar el perfil epidemiológico y la asociación con la muerte materna en la zona indígena Hñãñho del Municipio de Amealco de Bonfil del Estado de Querétaro.

Objetivos Específicos:

Identificar el perfil sociodemográfico poblacional de las mujeres indígenas Hñãño del Municipio de Amealco, usuarias de los servicios de salud y fallecidas durante el período 2000- 2005.

Identificar el perfil gineco–obstétrico en las MM registradas durante el periodo 2000-2005 (multiparidad, abortos, antecedentes de mortalidad perinatal, antecedentes de complicaciones en embarazo previos y periodo intergenésico).

Identificar factores de accesibilidad (geográfica, transporte y horarios de atención de los servicios de salud).

Identificar el perfil sociocultural en materia de usos y costumbres relacionados con el embarazo, el parto, puerperio y post parto (machismo, violencia, discriminación, lenguaje, religión y etnia) en la población indígena Hñãño.

Identificar las características de atención prenatal (número de atenciones, razón de consultas de primera vez/subsecuente), atención obstétrica por personal de salud o por (familiares de la embarazada y parteras)

1.2 Hipótesis

La muerte materna es mayor en las mujeres sin acceso a los servicios del sistema estatal de salud con énfasis en las mujeres indígenas.

II. REVISIÓN DE LA LITERATURA

2.1 Aspectos epidemiológicos asociados a la Muerte Materna

De acuerdo con los datos de la OMS en el periodo de 1990 al 2010 hubo una reducción en números absolutos de 543,000 a 287,000 defunciones, es decir hubo una disminución del 47.1%, que corresponde a un 2.3% anual, cifra que es inferior al 3.0% que se requiere para alcanzar la meta del milenio de lograr un 75% menos de muertes maternas para el año 2015. Por Región el promedio anual de disminución de la RMM correspondía a África (2.7%), América y el Mediterráneo oriental (2.6%) y son las áreas con menor avance.

En relación con las regiones con mayor reducción correspondió a la zona de Asia y la Pacifico Occidental con el 5.2% y Europa con un 3.8%. a

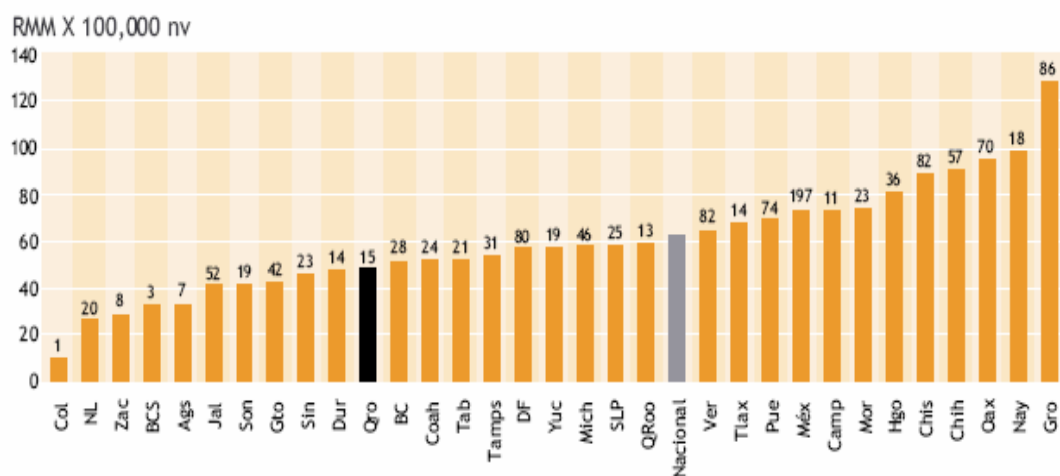
pesar de estos avances el 99% de las muertes maternas se siguen presentando en países en vías de desarrollo.

En México en el periodo del 2006 al 2012, se aprecia una tendencia descendente pasando sus valores de 58.6 a 49.9 por 100,000 nvr, con un incremento en el 2009 y coeficiente de 62.2 que fue la cifra más alta observada en el periodo estudiado. En el 2012, se registra el menor número de muertes maternas (949) con un promedio diario de 2 a 3 defunciones por día. Los estados que registran el mayor número de defunciones maternas son el Estado de México (133), Veracruz (76), Distrito federal (78) Chiapas (63) y Guerrero (55) y en conjunto suman 405 muertes maternas que corresponden al 42.6% del total nacional.

Al revisar los coeficientes de mortalidad del año 2010 en la región de las Américas y tomando como base el valor de México (50) y comparándolo con los países con las cifras más bajas, se aprecia que existen 4 veces más la probabilidad de una muerte con respecto a Canadá (12), de 2.4 mas veces que Estados Unidos de Norteamérica (21), de 2.0 mas veces con respecto de Chile (25); 1.7 más veces que Uruguay (29) y de 1.3 comparativamente con Costa Rica (40). (Espinoza, 2003). Datos que nos permiten cuestionar el impacto del Sistema Nacional de Salud en la operacionalización de estrategias que permitan reducir la probabilidad de muerte materna.

En el 2012, hay contrastes regionales importantes en nuestro país relacionados con el proceso de muerte materna de algunos estados como Baja California Sur (20.3), Nuevo León (28.1), Tamaulipas (29.1), Colima (29.6) y Querétaro (30.5) se aproximan a las cifras registradas en países como Estados Unidos de Norteamérica, Chile y Uruguay; y en el otro extremo se tiene a estados como Chihuahua (62.7), Chiapas (67.2), Tlaxcala (73.3), Oaxaca (78) y Guerrero (91.5), que se acercan a los riesgos y condiciones de países como Perú, el Salvador y Nicaragua. (Tzul, 2006; Sánchez, 2012).

Figura 1.1 Tasa de mortalidad materna en México 2012



Con respecto a la distribución de las defunciones por grupos de edad durante el 2012, las mujeres con mayor RMM correspondieron al de 40 a 44 años y en segundo término el de 35 a 39 años de edad con valores por encima de 110 muertes por cada 100,000 nvr. En lo tocante a las principales causas de muerte materna se identifica a la preclampsia-eclampsia como la etiología más importante en el 22.1%, siguiéndole la Hemorragia postparto con el 21.2%, el aborto con el 7.1% y las neoplasias con el 4.1%, que sumados en conjunto determinan el 54.5% de las defunciones totales (Sánchez 2012). Se aprecia que estas causas son totalmente previsibles a través de una vigilancia del embarazo y la prescripción de metodología anticonceptiva en mujeres con riesgo reproductivo.

En el 2012, los estados de Guerrero, Oaxaca, Tlaxcala, Chiapas Chihuahua y Michoacán, que son entidades donde viven mujeres indígenas, existen valores de RMM superiores al índice nacional, y se ubican en los primeros lugares (Sánchez, 2012)

En el Estado de Oaxaca, se detecta que a pesar de haber disminuido sistemáticamente sus coeficientes y pasar de 142 en 1991 a 78 por cada 100,000 nvr en 2012, ha presentado picos al incrementarse en el 2007 a 102 por cada 100,000 nvr; la misma situación se presenta en el Estado de Puebla, que parecía tener una disminución global, tuvo un aumento en la tasa en los años 2002 (75.6) y 2003 (76.4), estos cambios en las cifras determinan que las acciones en materia de salud materna se han efectuado en forma

inconsistentes, dada las variaciones tan importantes en las tasas registradas (Espinosa, 2003; Sánchez , 2012).

De acuerdo a los resultados emitidos por Dirección General de epidemiología en el año 2012, la Muerte Materna en el Estado de Querétaro muestra una tendencia descendente al pasar de 56.5 en el 2002 a 30.5 en el 2012 y un pico en el 2006 de 62.9 defunciones maternas por cada 100,000 nvr; este comportamiento muestra inconsistencia en su tendencia descendente (Sánchez, 2012)

Al analizar la información de mortalidad materna en México del 2010, se aprecia que mientras en el país el 44.6% de las muertes maternas sucedió en mujeres 19 a 29 años; para Querétaro, el 46.2% contaba con 35 a 44 años de edad. De acuerdo a su estado conyugal tanto en México como en Querétaro un poco más del 82% estaban casadas o vivían en unión libre. De acuerdo a la ocupación de la madre a nivel nacional el 80.4% no trabajaba y en Querétaro fue inferior del 61.5%; resalta un 7.7% de mujeres profesionistas en la Entidad y de tan solo el 2.0% en la República mexicana. Una situación contrastante se aprecia en el nivel de escolaridad ya que en México el 63.4% de las muertes maternas aconteció en mujeres con un grado de cuando menos un año de primaria o secundaria y en Querétaro el 53.9% contaba con estudios de preparatoria o de tipo profesional.

Al verificar la información de acuerdo a la Derechohabiencia de la mujer mientras que a nivel nacional el 27.8% no tenía accesos a los servicios públicos de salud en Querétaro correspondió al 38.5%; igual de contrastante es que en México el 39.2% eran afiliadas al seguro popular y en el estado solo el 15.4%. Con respecto al hecho de haber recibido atención médica los datos fueron muy semejantes más del 90% fue positiva y en Querétaro un 7.7% señalaron no haber acudido a dicha atención.

Con relación a si la mujer tenía condición de hablar alguna lengua indígena a nivel nacional 17 entidades registraron en forma afirmativa, con un rango que va del 2.1 en Jalisco al 55.9% en Oaxaca. Sin embargo, se resalta en este punto que un 27.1% del total de entidades no lo especifica, entre ellas Querétaro.

De acuerdo a estos contrastes, es claro que el problema de la mortalidad materna sigue sin ser resuelto, que los programas y las estrategias

de intervención presentan inconsistencias en su aplicación que determina que algunas entidades muestren una tendencia ascendente y otras por el contrario muestran una reducción; tal vez la reducción de la RMM sea circunstancial y falta efectuar estudios que profundicen en un mayor análisis del problema y que contemple diversos componentes.

**Cuadro 2.2 Razón Nacional de Muerte Materna
Del año 2006 al 2012**

Año	Cierre definitivo DGIS		Cierre preliminar DGE		A la semana de corte DGE	
	Defunciones	RMM	defunciones	RMM	Defunciones	RMM
2006	1166	58.6	1121	56.3	285	53.2
2007	1097	55.6	1113	56.4	298	56.1
2008	1119	57.2	1074	54.9	296	56.2
2009	1207	62.2	1254	64.6	261	50.0
2010	992	51.5	985	49.7	286	55.2
2011	971	50.7	975	50.9	286	55.5
2012	949	49.9	**	**	224	43.8

Fuente: *Cierre definitivo DGIS/INEGI

2.2 Aspectos de servicios de Salud relacionados a muerte materna

En la Constitución de los Estados Unidos Mexicanos se hace referencia en el artículo 3º que cada mexicano tiene derecho a la salud. Los reportes oficiales citan que a partir del año 2000 todo mexicano tendrá acceso a los servicios de salud, incluida la atención durante el embarazo, el parto y el puerperio, es claro entonces que el reto actual del gobierno es doble, hacer accesibles los servicios de salud y elevar la calidad de la atención.

La Norma Oficial Mexicana para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y recién nacido, establece un conjunto de pautas que deben seguir todas las instituciones públicas y privadas de salud. Entre sus disposiciones más importantes se encuentran, para el embarazo el otorgar un promedio de cinco consultas prenatales, para la mujer de bajo riesgo y si el parto se prolonga más de 40 y hasta 42 semanas, las consultas deberán hacerse cada semana.

La norma igualmente contempla elaborar la historia clínica e identificar signos de alarma, valorar el riesgo obstétrico y realizar las siguientes pruebas de laboratorio biometría hemática completa, glucemia, VDRL, grupo sanguíneo y examen general de orina. Asimismo, se señala la prescripción de hierro y ácido fólico, la aplicación de una a dos dosis de toxoide tetánico, otorgar orientación nutricional y promover que la embarazada acuda con su pareja a consulta, estimular la lactancia materna y promover y orientar sobre métodos de planificación familiar.

Para apoyar la atención del parto, se ha determinado la gratuidad en su costo, que toda mujer debe tener un expediente clínico, seguir lineamientos normativos para indicar la operación cesárea y se concertó con todo el sistema nacional de salud la atención inmediata de una mujer con emergencia obstétrica sin importar su afiliación institucional.

Para el puerperio, se recomienda la vigilancia de las primeras 24 horas, posteriores al parto, el inicio de lactancia materna exclusiva y la orientación a la madre sobre signos de alarma de complicación del parto y al menos tres consultas durante los 42 días de puerperio.

El cumplimiento de la Norma permitirá evitar muchas muertes, pero su cumplimiento requiere que las embarazadas estén en condiciones de buscar atención médica y que el sistema de salud funcione bien.

En general, las condiciones de salud de la población han mejorado con base en los programas de atención hacia los grupos vulnerables. Sin embargo los padecimientos derivados de la salud reproductiva representan más del 30 % de la morbilidad, que provocan discapacidad de la mujer. La mayor proporción de años de vida perdidos, por mujeres en edad reproductiva son atribuibles a enfermedades relacionadas con el embarazo y el parto.

2.2.1. Accesibilidad de la Población a los Servicios de Salud en México

La Secretaría de Salud en su manual del Programa de Ampliación de Cobertura define la accesibilidad geográfica, a toda aquella persona que tarda menos de 30 minutos en llegar a un Centro de Salud para su atención en su medio habitual de su comunidad, bien puede ser a pie, caballo, bicicleta o vehículo. La accesibilidad económica, es cuando los servicios de salud generan un costo para la familia y esta no cuenta con los recursos necesarios

para la atención de sus problemas de salud. La accesibilidad cultural, es aquella en la cual el usuario de los servicios recibe la atención sin tener problemas para lograr la comunicación e interlocución con el prestador del servicio. (Urbina. 1995)

Una estrategia que se ha implementado en todo el país es la gratuidad en la atención de la consulta ambulatoria y la atención del parto a mujeres embarazadas, su objetivo es lograr ampliar la cobertura de atención y control prenatal, incrementar la atención médica del parto, otorgar metodología anticonceptiva en mujeres con riesgo reproductivo y reducir el riesgo de la mortalidad materna.

Otra estrategia, es la revisión de cada caso de muerte materna a través eslabones críticos, para detectar las posibles causas condicionantes del fallecimiento. De tal forma que se implementen actividades para detectar en forma oportuna las complicaciones del embarazo o del parto y reciban una atención con “actitud de prioridad”, con personal de salud calificado, en centros hospitalarios y con los recursos necesarios para su atención oportuna. (Freyermuth, 2000).

2.2.2 Acciones encaminadas para mejorar la salud materna.

La salud materna refleja el tipo de justicia y equidad social de un país. Estos indicadores miden la eficiencia de las acciones del sistema de salud de un país. Algunas de las acciones relevantes en torno al desarrollo de políticas públicas sanitarias son: (Sámano, 2010).

- En 1919, la Organización Internacional del Trabajo propuso normas jurídicas para proteger a la mujer durante la maternidad en el trabajo.
- En 1948, dentro de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, se dispuso que las etapas de maternidad e infancia debieran tener derecho a cuidados y asistencia especiales.
- De esta forma, la salud materno-infantil cobró importancia a nivel internacional y la OMS estableció el objetivo de promover la salud y asistencia materna e infantil.
- Por su parte, en la Conferencia Internacional de la Organización Internacional del Trabajo, llevada a cabo en 1952, se realizó la primera discusión relativa al asunto de la revisión del Convenio sobre la Protección de la Maternidad.

- En la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de 1994, se propusieron una serie de requisitos para el desarrollo de temas de género y salud reproductiva; además, se diseñaron estrategias que consideraban la implementación de programas de control de natalidad y mecanismos que evitaran la subordinación de la mujer desde el punto de vista social, económico y cultural.

Una de las estrategias que para evitar las muertes maternas fue la implementación del Programa de Planificación Familiar, ubicado dentro de la temática de salud Reproductiva. Finalmente en 1987, a nivel nacional, hubo una llamada a favor de una maternidad sin riesgos; esto fue secundario al V Encuentro Internacional “Mujer y Salud”; con ello se dejaba clara la difícil situación de las madres y los niños en cuanto a salud.

Se han intentado varias estrategias para disminuir la muerte materna con programas como “Arranque Parejo en la Vida”, “Oportunidades” y el “Paquete de Servicios Básicos de Atención Sanitaria” como el conjunto mínimo de servicios de salud que debe otorgarse a toda la población y dan respuesta a las necesidades prioritarias en salud materno-infantil.

En México, dicho paquete se proporcionó a través del Programa de Ampliación de Cobertura (PAC) con el objetivo de acercar los servicios de salud a comunidades inaccesibles e incorporar acciones específicas de atención durante el embarazo, parto y puerperio, para reducir la mortalidad materna.

Los programas operan a nivel nacional para formar comités de trabajo y análisis, donde se han diseñado estrategias para consolidar la atención de la embarazada como son: Redes de Traslado a embarazadas con riesgo o en trabajo de parto, la implementación de casas de Atención Médica de la Embarazada (AME); las cuales son casas prestadas en la misma localidad, donde la auxiliar de salud atiende a las embarazadas, “Posadas AME” cercanos a los centros hospitalarios, donde las mujeres embarazadas son atendidas por personal de salud mientras llega el momento de la atención del parto. El control prenatal es gratuito en todos los centros de salud y si cumplen con cinco consultas prenatales y pláticas alusivas al cuidado de su embarazo y sus complicaciones, el parto o la cesárea también es gratuito.

2.2.3 Causas principales de muertes maternas

Las causas de la muerte materna se han establecido como causas directas e indirectas. De las causas obstétricas directas esta la hipertensión inducida por el embarazo (pre-eclampsia), hemorragia (durante el embarazo o el parto), procesos infecciosos secundarios a condiciones inadecuadas en la atención del parto. De las causas indirectas, los accidentes, la violencia intrafamiliar y la Diabetes Mellitus tipo 2 entre otras enfermedades crónico-degenerativas cobran cada día más víctimas, y entre ellas mujeres gestantes. (Rodríguez 2009; Soto, 2000).

De acuerdo con el análisis presentado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) relacionado con las causas obstétricas directas de MM, muestra cómo el aborto y sus complicaciones como la causa principal de muerte materna en Argentina, Cuba, Chile, Guatemala, Panamá, Paraguay, Perú, Trinidad y Tobago. La hemorragia obstétrica fue la primera causa de muerte entre las mujeres gestantes en Bolivia, Canadá, Costa Rica, el Salvador, los Estados Unidos, Honduras, México, y Nicaragua. La hipertensión inducida por el embarazo (preclampsia) es la causa más importante de muerte, en Brasil, Colombia, Ecuador, Haití, República Dominicana y Venezuela, de esta forma nos damos cuenta que las causas de la muerte en las mujeres también tienen cierta relación con el desarrollo de cada país. (Ferrer, 2005,)

De acuerdo al informe semanal de vigilancia epidemiología sobre muertes maternas, en México en el año 2012 el aborto se ubico en tercer lugar con el 7% (67 defunciones) del total de muertes maternas. El número real de abortos es desconocido por las características de clandestinidad, ilegalidad y penalización que le rodea en casi todo el país. No obstante se estima que el número de mujeres que necesita de una atención institucionalizada por este motivo equivale al 20% de todos los embarazos.

Cuando una mujer embarazada fallece, estadísticamente se codifica y clasifica identificando a la pre-eclampsia, hemorragia y el aborto, como las principales causas, que llevan implícitos problemas en el otorgamiento de

servicios de atención médica de tipo social, cultural, económico y organizativo de los propios servicios de salud. Existe consenso entre los analistas del tema, en cuanto a que la medicina es insuficiente para dar respuesta a este complejo problema, y que cuando una mujer muere se conjugan múltiples factores (Ordaz, 2010; Rodríguez, 2009)

2.2.4 Género y salud materna

La salud de la mujer se ha asociado a la maternidad, embarazo y el parto, en cada grupo social las relaciones y estructuras familiares, la posición de las mujeres en la familia, en la comunidad y ante las instituciones públicas, los recursos económicos, la distribución de los bienes, de las decisiones, los servicios de salud y los servicios públicos de las comunidades; puede jugar un papel clave en la preservación de la vida o en la muerte de la mujer.

En el campo de la salud tradicionalmente el tratamiento de las mujeres se ha centrado en el rol reproductivo-materno. Esto ha influido en los servicios de salud en una visión limitada con un enfoque asistencialista orientado a la atención de la mujer como grupo vulnerable en la detección de enfermedades, su diagnóstico y tratamiento oportuno de la patología o de la complicación, con base en el estereotipo de mujer como única responsable del cuidado de la familia (Ortega, 2003).

Vistas las mujeres como usuarias de los servicios de salud, desde un enfoque de género, no solo se debe atender su salud reproductiva sino considerar todo su ciclo de vida, que pueda ser un riesgo de enfermedad y muerte, atendiendo problemas como la baja escolaridad, salud mental, la violencia familiar y el respeto a su dignidad humana (Ortega, 2003). La solución de estos problemas no se circunscribe a los servicios de salud, sino un esfuerzo conjunto de las propias mujeres, las familias, las comunidades, la sociedad civil y los gobiernos, que deben construir un medio ambiente protector que contribuya a lograr una cultura a favor de la salud a través de políticas saludables (Alleyne, 1998; Palacio, 1998).

2.3. Características socioculturales y de salud de la población rural

La población rural se constituye en el primer eslabón de la pobreza en países en desarrollo. La falta de recursos económicos para acceder a los servicios y la falta de adaptación de éstos en las comunidades rurales hace

que la población y en particular las mujeres embarazadas utilicen los servicios de parteras empíricas, algunas de ellas no calificadas para detectar los riesgos obstétricos y su complicación (Espinosa, 2003; Langer, 1994). En este sentido, existe la convergencia entre la mortalidad materna, la pobreza, la precariedad y el analfabetismo, que viven en áreas rurales o en condiciones de marginalidad. Muchas de ellas pertenecen a poblaciones indígenas y grupos de adolescentes, en donde es común que sus embarazos no hayan sido planificados.

En el año 2012 murieron en México diariamente tres mujeres debido a causas maternas. El 17.8% de estas muertes ocurrieron en el litoral sur del pacífico, en donde se localizan los estados de Oaxaca, Chiapas y Guerrero, estos estados no solamente comparten situación geográfica, sino altos índices de marginalidad, presencia importante de municipios con más del 90% de población indígena (Chiapas y Guerrero) y elevada RMM, una característica importante que debemos considerar en los análisis sobre la salud de estas poblaciones, es la diversidad sociocultural intra estatal respecto a las condiciones de vida y a la forma en que se han integrado a la sociedad nacional. Así, entre estas entidades federativas y sus municipios existen condiciones diferenciales en el bienestar y en el grado de marginación, con una tendencia de la población indígena a ubicarse en las regiones rurales de más alta marginalidad (Freyermut y De la Torre, 2002).

Existen omisiones en las estadísticas por el subregistro en los casos de muerte materna en el país, con énfasis a las instituciones privadas, zonas rurales y en la población indígena donde esta problemática se acentúa. (Lozano 1994). Estudios revelan que, el 55 por ciento de las muertes maternas se concentra en localidades con menos de 2,500 habitantes, y que el riesgo de muerte materna en el medio rural es dos veces mayor que en el medio urbano y en municipios de muy alta marginación es tres veces mayor que en los menos marginados, de esta misma forma las mujeres analfabetas presentan un riesgo de morir ocho veces mayor que las que tienen preparatoria. Las mujeres no derechohabientes tienen un riesgo de morir siete

veces mayor que las que tienen derecho a servicios de salud. (Espinoza, 2003; Campos et al., 2000).

El seguimiento que se ha dado al problema indica que en el norte del país se localizan los estados con más baja mortalidad materna, en el Centro se ubican estados con mortalidades cercanas al promedio, y en el Sur-Sureste los estados de alta mortalidad, donde habita la mayoría de la población indígena. (Barrientos y col., 2004).

En el estado de Querétaro el problema no es minúsculo, ya que no se ha podido disminuir la tasa de mortalidad materna acorde a la meta programada, a pesar de los esfuerzos y estrategias sugeridas por la federación e implementadas por el estado.

De acuerdo con Consejo Nacional de Población (CONAPO) se considera hogar indígena cuando al menos un integrante hable un dialecto y siga las costumbres y tradiciones de su localidad; el COEPO (Consejo Estatal de Población) lo clasifica igual a la definición anterior, pero además puede o no hablar el dialecto, pero si tiene padres o abuelos que lo hablen, se consideran indígenas (Hernández, 2010).

Las poblaciones indígenas constituyen un grupo prioritario para la política de la población su comportamiento demográfico se caracteriza por una fecundidad temprana y elevada, intervalos cortos entre nacimientos y un perfil epidemiológico que tiene como rasgos principales tanto una elevada mortalidad infantil, materna y general como patrones de enfermedad y muerte donde predomina la desnutrición y las enfermedades infecciosas y parasitarias. Este patrón está estrechamente relacionado a la pobreza y al rezago socioeconómico que padecen sus integrantes así como la dispersión y el relativo aislamiento en el que se encuentran.

Las desventajas de la pobreza y las difíciles condiciones de vida se expresan en la salud de las mujeres indígenas, en el año 2000 su esperanza de vida al nacer era de 74.7 años (el promedio nacional 76.5 años) y para el año 2010, aun cuando el indicador en mujeres indígenas se incremento a 77.7 años a nivel nacional este fue 79 años, 1.7 por ciento menor para las mujeres indígenas (CONAPO). Para el 2010, el 40% de las mujeres indígenas embarazadas y en periodo de lactancia presentan anemia (el promedio nacional es 26%), la desnutrición aumenta la probabilidad de

complicaciones durante el embarazo, los partos prematuros y el bajo peso de los recién nacidos, su tasa de muerte materna triplica a la media nacional; su tasa de mortalidad infantil es 58 por ciento superior a la media nacional, 44 por ciento de las y los infantes indígenas están desnutridos (el promedio nacional es 18%).

De acuerdo con el modelo de la atención médica y de la relación médico paciente, se identifican los siguientes modelos: el modelo hegemónico, el popular y el de auto-atención, en este último se ubican las culturas indígenas, (Menéndez, 1990). El personal de salud también tiene su propia cultura, formada, transformada y conformada, no solo a través de su carrera profesional, sino también desde su origen como seres sociales que lo hace pertenecer a un sistema de creencias, tradiciones y conocimientos. La relación clínica por eso es siempre intercultural y cada receta es una acción intercultural, en el sentido de que se da un encuentro e interacción de conocimientos y creencias diferentes acerca de la nosología del cuerpo humano, de lo que enferma, de lo que cura y de las prevenciones (Alarcón, 2003; Arganis, 1993). Adicionalmente a la relación intercultural en materia de salud. También en estas comunidades indígenas existen otros actores sociales, entre ellos los curanderos, cuyo saber está basado en una cosmovisión, una forma de ver el mundo que es compartida por el enfermo (Zavala, 2003).

Reconocer diferencias y rezagos en las comunidades y la misma muerte materna, están asociados a una complejidad social, educativa, política, cultural, económica y sobretodo de género, que se asocia a problemas que no pueden resolverse sólo desde el sector salud o con acciones asistenciales aisladas; sin embargo, una maternidad segura y sin riesgo, exige acciones multisectoriales e integrales desde el sector salud, que involucran cambios en muy diversos planos (Espinosa, 2000; Fuentes, 2002). En los países en desarrollo, la mortalidad materna es una de las principales causas de muerte de mujeres en edad fértil o aún en las adolescentes. Este comportamiento epidemiológico también está relacionado con otros padecimientos, como es el caso del VIH/SIDA y la violencia doméstica, que tienen como común denominador las desventajas sociales y de género. (Fuentes, 2002).

De acuerdo al Boletín Mortalidad Materna 2010 de la DGE, se puede observar que la proporción de la muerte materna de acuerdo a la condición de hablar lengua indígena, las entidades más afectadas corresponden a Oaxaca (55.9%), Guerrero (47.2%), Chihuahua (35.9%), Chiapas (24.6%). Con base a este criterio Querétaro reporto el 0%. Sin embargo, a nivel nacional el 27.1% de las defunciones no registra en el certificado de defunción, si se habla algún dialecto, en Querétaro el valor de la falta de registro es del 46.2%, 1.7 más veces que a nivel nacional.

La falta de atención materna en comunidades rurales e indígenas, pareciera constituirse por la falta de recursos económicos de las familias para acceder a los servicios de salud disponibles en su comunidad y aún más a la falta de adaptación al tipo de servicios otorgados y esperados, situación que obliga a que las mujeres indígenas recurran a la atención del parto con parteras empíricas o apoyarse por alguna mujer de la familia, que bien puede ser la madre o la suegra, y que en la mayor parte de los casos no tienen entrenamiento (Lerin, 2001).

En la cultura indígena Hñañho del estado de Querétaro, las comadronas o parteras ocupan hierbas para estimular el trabajo de parto entre ellas el té de toó. Esta planta, es un arbusto que mide alrededor de 1.5 metros de altura o más, en sus tallos presentan una especie de pelos lanudos, sus hojas son anchas en la parte en que se unen al tallo y se va reduciendo su dimensión hasta llegar a la punta. En México, esta planta se encuentra distribuida en su habitat natural en los estados de Guanajuato, Querétaro, Hidalgo, Michoacán, Veracruz, Estado de México, Morelos, Tlaxcala, Puebla, Distrito Federal, Oaxaca, Durango, Zacatecas, Tamaulipas, Nuevo León, San Luis Potosí, Sinaloa y Sonora.

Es comúnmente utilizada para tratar las enfermedades de la mujer generalmente se ingiere el cocimiento de las hojas, a veces junto con la raíz o se prepara con canela y chocolate en té, para que se ingiera en el momento en que empiezan las contracciones. Estudios clínicos recientes señalan que esta planta provoca fuertes contracciones uterinas provocando un riesgo elevado llegando a provocar la muerte de la mujer.

(<https://www.tlahui.com/medic/medic20/zoapatle>)

En el estudio llevado a cabo por Campos (2000), se reporta que las mujeres indígenas que residen en comunidades pequeñas dispersas y alejadas de los centros urbanos, restringe su acceso real a los servicios de salud, que en sus pueblos hay menos unidades médicas, clínicas y hospitales, y las que existen tienen escasos de medicamentos, instrumental y equipo; así como insuficiencia de personal, sólo hay servicio en horario de oficina o esporádicamente. Asimismo, en el 2003 Sánchez, reportó que si se respetaran los derechos reproductivos, la maternidad y la paternidad serían más placenteras que trágicas.

Las mujeres indígenas parecieran no disfrutar de una vida sexual satisfactoria, ya que ellas no deciden cuándo y con qué frecuencia se embarazan. Esta situación se explica en parte por la falta de información sobre salud reproductiva o aún sexualidad y por otra, la falta de acceso a una metodología en planificación familiar. (Freyermuth y De la Torre, 2002).

Un embarazo implica un encuentro sexual previo que, en el mejor de los casos, está basado en una atracción mutua, una expectativa de goce y un acuerdo de pareja. La mayoría de los encuentros sexuales no tienen una intención reproductiva, y se concibe sólo cuando se quiere ser madre, exige que la mujer y la pareja reconozcan y diferencien su deseo sexual de su deseo reproductivo. Ser madre por elección, no por destino o azar, exige admitir que la unión sexual puede ser fuente deseable y positiva de placer y de realización personal, de pareja, no sólo un medio para conservar la especie, por tanto, la regulación de la fecundidad es indispensable, para que no todo acercamiento sexual resulte en embarazo. Una maternidad elegida supone relaciones más equitativas y respetuosas de las mujeres por sus parejas, sus familias, sus comunidades y con el personal de las instituciones que les proporcionan servicios de salud (Barrientos, 2004).

De manera específica los estudios de Espinosa (2003) y Campos (2000) refieren que en materia de sexualidad y maternidad en las zonas indígenas se reafirma un “deber ser” subordinado de las mujeres, obediencia, sumisión, resignación, estoicismo, aguante, silencio, prudencia, son atributos valorados por ellas. La sexualidad femenina en estos espacios, está bajo censura y control de los padres, los maridos, los curas, la comunidad. El placer sexual de las mujeres se asocia al pecado o a la prostitución, es un

goce prohibido. Para las mujeres indígenas, la reproducción aparece como justificación casi única para buscar o aceptar relaciones sexuales, por lo que los embarazos quedan sujetos a una ambigüedad o confusión de deseos sexuales y reproductivos, al azar y también a los “dictados de Dios” o del marido. (Romero, 2010).

Las ofertas modernas, con todo y discurso de derechos reproductivos, también tienen dos caras, por un lado llevan información, ideas liberales y servicios, y por otro obstaculizan la libre determinación de muchas indígenas. La discriminación que ellas reportan en clínicas y unidades médicas, las presiones del personal de salud, para que las indígenas acepten métodos anticonceptivos o pruebas de tamizaje, son tan violatorios de los derechos reproductivos como la imposición para que tengan hijos sin su voluntad. Así, los usos y costumbres comunitarias, y los programas modernizadores no garantizan una maternidad elegida y responsable. Porque los programas se vuelven autocráticos, actúan como un trampolín político y no para la educación de la población, hay que considerar que las indígenas no obedecen a ciegas a todo aquel que quiera gobernar su cuerpo, son sumisas y a la vez transgresoras. (Bonfil y Martínez, 2003).

La imagen tradicional de lo que debe ser una mujer indígena opera como un referente indiscutible ante el que se miden constantemente, pero sería erróneo pensar que el “deber ser” es su “ser”. La escuela, los medios de comunicación, la migración, la feminización de tareas tradicionalmente masculinas, los programas de planificación familiar; así como los efectos negativos, que en carne propia viven gracias a una maternidad impuesta o negada por usos y costumbres, cuestionan la vigencia de la mujer tradicional y presionan a las indígenas a un cambio de ideas y prácticas en el plano sexual y reproductivo. (Bonfil y Martínez, 2003; Espinosa, 2003).

2.3.1. Población Indígena, Sector Salud y Salud Reproductiva

En el año 2000 como parte de los *Objetivos del Milenio*, la OMS, se reunió para formular algunos objetivos, dentro de los cuales es, reducir la razón de mortalidad materna en un 75% para el año para el año 2015. Para lograr el cumplimiento de los objetivos, es imprescindible el uso de indicadores tales como la proporción de partos atendidos por personal de

salud. Comparando el año 1992 con el 2012 la RMM disminuyó en el país 20.9%, siendo los estados con mayor reducción Baja California Sur (-73.7), Nuevo León (-62.7), Colima (-57.8), Tamaulipas (-56.4) y Baja California (-55.2), en este contexto Querétaro ocupa el 8º lugar con un -39.4%; contrastan Guerrero que se incrementó en un 95% su RMM, siguiéndole Oaxaca (68.5) y Chiapas con un 34.7%, las tres entidades con mayor proporción de mujeres indígenas. DGE 2002-2012.

De acuerdo a Barrientos (2004), con los estándares de la cultura indígena una mujer puede y debe embarazarse sólo si está casada, aunque el matrimonio es un hecho decisivo, no necesariamente se respeta el sentimiento, ni la voluntad de las mujeres indígenas y en ocasiones tampoco la de los hombres, sobre todo en situaciones donde los matrimonios son arreglados por los padres (Barrientos, 2004). En general las mujeres indígenas se casan aún en la etapa de la adolescencia, una mujer de dieciocho años se considera “quedada”, y si bien de niñas han tenido enormes responsabilidades, en los pueblos indígenas no es costumbre que participen en la toma de decisiones, ni que pasada la infancia tengan autonomía para disponer de sus vidas. (Mendoza, 2006).

La forma en que se inician las uniones, marca los procesos reproductivos, una mujer “comprada” que va a vivir a la casa del esposo, tiene que demostrar su habilidad y resistencia en el trabajo, su buen carácter y su capacidad reproductiva. No tiene la confianza, el derecho ni la libertad de incidir en su vida sexual y mucho menos de regular o posponer el inicio de su vida reproductiva. Una novia robada tampoco cuenta con muchas libertades, puede haber la confianza de un noviazgo previo y haber participado en la decisión de unirse, pero es impensable, por ejemplo, que use anticonceptivos al iniciar su matrimonio o que pida a su pareja que asuma ese cuidado, pues daría la impresión de una mujer con experiencia, en lugar de la de una joven pura y virgen. Así, la vida sexual y reproductiva de la mayoría de las indígenas, se inicia sin acuerdos de pareja. (Mendoza, 2006, Romero, 2010).

Las encuestas realizadas en Veracruz con mujeres indígenas adultas mayores, señalan que en sus tiempos no podían “cuidarse”, es decir planificar su familia, pero la inmensa mayoría de las que están en edad reproductiva dicen que el número de hijos que tienen o llegarán a tener no depende tanto

de ellas: *“En nuestros pueblos, la maternidad es muy importante, porque tener un hijo significa ser mujer”*. (Espinosa 2003).

Con el matrimonio se espera que una mujer sea madre. En la cultura indígena, matrimonio y maternidad son conceptos estrechamente ligados a lo femenino, una mujer soltera y sin hijos, no es mujer. Así, la maternidad, más que opción es un destino. Los primeros embarazos de las recién casadas dependen sobre todo de esta expectativa y norma comunitaria y familiar que de una decisión consciente. La presión para que las mujeres casadas tengan hijos es muy fuerte: es tan mal vista la madre soltera como la casada ‘estéril’: se dice que no sirve, que no es mujer. Si pasa tiempo y no se embaraza, hay maridos que toman un ‘permiso’ para irse con otra, la gente no lo ve mal; hay otros que devuelven la mujer a sus padres. (Chávez, 2010, Romero, 2010)

En un análisis con perspectiva de género, los hombres de comunidades indígenas, son generalmente machistas, y parecieran no saber del sufrimiento de la mujer. Existe una percepción sobre el hombre de sentirse dueños de sus parejas íntimas y de sus mujeres; y por ejemplo culturalmente creen que si las mujeres usan pastillas anticonceptivas es porque quieren andar libremente con otros y no tener pruebas. Tampoco aceptan que se cuiden porque al quedar embarazadas ellos demuestran que todavía pueden, bajo un concepto de reafirmación de la masculinidad. Hay casos de violación entre los matrimonios, muchas mujeres no quieren tener relaciones sexuales y las tienen a fuerza, pero además no pueden cuidarse. El hombre utiliza a la mujer y la deja embarazada (Bonfil y Martínez, 2003; Chávez 2010).

Acorde a Campos (2000), a partir del tercero o cuarto hijo, los embarazos no fueron tan bienvenidos, las atenciones que reciben durante el primero y quizá el segundo embarazo, son más. Estar embarazada se vuelve algo común que ya nadie festeja. Ellas mismas se encuentran agobiadas por el trabajo doméstico y los cuidados que deben tener a la familia, se acaba la posibilidad del reposo y no tienen los mismos medios para alimentarse y resolver sus necesidades materiales. Muchas se sienten agotadas, pero obligadas a una rutina que en las comunidades indígenas es muy intensa, debido a la precariedad de sus medios y a la deficiencia o inexistencia de servicios en sus hogares y en sus comunidades, no sólo las casadas con

varios hijos, viven estos riesgos, Las jóvenes solteras, las separadas, las viudas, sufren cuando quedan embarazadas, y tampoco en este caso queda claro, si los embarazos son un evento indeseado para ellas o si la penalización social que sufrirán por haber violado una norma de las tantas que presenta esta sociedad, las hace rechazarlos. Una mujer soltera o sola que se embaraza es mal vista, es señalada, rechazada y hasta desheredada. Embarazarse sin marido, se ve como un fracaso, la gente dice: *“ya dio su mal paso”, “es una cualquiera”, “ya no vale nada”*, la embarazada sin marido siente vergüenza y culpa y rechazan su maternidad (Campos, 2000).

Por ejemplo la mujer sola no tiene derecho a ser madre, existe una sanción moral y con ello, pena social y familiar ante la trasgresión de esta norma. La mujer sola embarazada, sufre el desprestigio social y se debilitan o desaparecen las redes sociales y la solidaridad de la comunidad hacia ella, de modo que la subsistencia y la vida social y familiar, se tornan más difíciles o insostenibles, justamente en un periodo en que necesitaría de cuidados y afecto. Cuando la mujer embarazada es soltera y joven, sufre sistemáticamente castigos físicos y psicológicos de sus padres y familiares, es común que la desamparen y corran de la casa; o que por el contrario la escondan y la conviertan en una especie de esclava, hay quienes desheredan a “la hija descarriada” y hay padres que la obligan a casarse aunque ella no quiera (Espinosa, 2003).

Un embarazo socialmente rechazado se vive por la madre, generalmente, como un embarazo no deseado. La culpa, la depresión, la vergüenza, el ocultamiento, la mala alimentación, la imposibilidad moral y práctica para ir a una consulta médica, la posible inducción de un aborto en condiciones precarias, son sentimientos y acciones que acompañan al embarazo no deseado y que conducen a un conjunto de riesgos e incluso a la muerte materna. Las mujeres indígenas no acuden a los servicios médicos, por razones económicas y culturales, en parte por falta de vínculo con quienes realizan estas actividades. Incluso en algunas ocasiones, en sus comunidades hay mujeres que toman ‘tés’, cargan cosas pesadas, caminan o corren hasta extenuarse, se dan sentones, se fajan, no comen, se meten objetos a la vagina, y otras, dicen, llegan aliviarse y abandonan a sus hijos, situación que no solo prevalece en madres solteras, sino incluso en mujeres

casadas con una mayor posibilidad de aceptación y desarrollo social (Reyes, 1994; Espinosa, 2003; Campos, 2000).

2.3.2. Acciones del sector salud hacia los indígenas

Estudios recientes como el elaborado por Lewis (2011), indican que cuando las mujeres indígenas tienen la certidumbre de estar embarazadas, no consultan al médico, ni a una la partera, al menos durante el primer trimestre. Las razones son varias, no parecen percibir el embarazo como enfermedad o como riesgo que amerite consulta médica. Cuando una mujer tiene un parto, dicen que “se alivió” y dan a entender que estaba enferma, pero en realidad este proceso se vive como algo natural que puede atenderse con cuidados domésticos o incluso sin cuidados. Por otra parte, la escasez de recursos económicos de la mayoría de la población indígena, ha propiciado que, a los médicos se les consulte sólo en caso de dolor agudo o extrema urgencia, adicionalmente, el trato que en general reciben ahuyenta a las mujeres de los servicios médicos, en donde pareciera que en la actualidad el personal de salud ha perdido esa sensibilidad, y humanismo, quizás por la saturación de trabajo y papelería que se llena, para poder tener mejor control de los pacientes en papel, porque en calidad, está limitada. Por ejemplo, acorde a Aguilar (2003), en el segundo trimestre de embarazo, las mujeres acostumbran ir con la partera a que las “sobe”, y en el último trimestre es más común que vayan a revisión médica (sobre todo si piensan recurrir al médico para el parto); o a otra “sobada” o “manteada” con la partera (hincadas sobre rodillas y manos, les pasan una manta bajo el vientre) para acomodar al niño (Aguilar, 2003).

Los análisis de laboratorio, como parte del protocolo de atención oportuna de los servicios de salud en la mujer embarazada, sólo se hacen ante un problema grave de la mujer indígena, y con esta limitante de control prenatal, se impide desarrollar una atención adecuada y preventiva de manera eficaz. (Bolaños, 2002).

Para una adecuada vigilancia y control prenatal se recomienda tener cuando menos cinco consultas antes del parto, en el periodo 2000 a 2010 este indicador paso de 4.4 a 5.0 a nivel nacional, para este último año los estados que superan el promedio del país fueron Baja California sur con 6.4,

Tlaxcala 6.3, le siguen en frecuencia Nuevo León y Querétaro con 5.9 y Baja California, Colima, Guanajuato y Quintana Roo y Veracruz y los más bajos Distrito Federal 4.0, Durango, Guerrero e Hidalgo con 4.3. Se dice que en Estados Unidos, el control prenatal fue decisivo para disminuir la tasa de muerte materna de 670 por cada 100,000 nvr en 1930, a 28 en 1967 y a 8 en 1996 (Feyermut, 2002)

Las mujeres indígenas en su mayoría se cuidan más en la cuarentena que en el embarazo como parte cultural de la atención de la mujer, en donde incluso se han hecho afirmaciones entre las mujeres de la comunidad en las que han sido atendidas por médicos durante el parto recurren a las parteras en el puerperio: mencionan *“Si vas a una clínica te tienes que desvestir, te pones una bata, tienes tus dolores en un lugar frío y tu parto en una sala fría, se aflojan las coyunturas. El parto es caliente y el cuerpo necesita calor para funcionar bien. Luego del parto te tienes que quitar esa frialdad, la partera te da un té de hierbas, tu baño de temazcal, te faja, te calienta el vientre, te da masaje en las coyunturas. El cuerpo se calienta y vuelves estar como antes. (Espinosa, 2003)*

Según las mujeres indígenas las razones que las llevan a atenderse con las parteras son las siguientes (Mojarro. 2000 Lewis 2011): Económicas: cobran menos (entre 300 y 600 pesos), dan facilidades de pago y reciben pagos en especie. Disponibilidad, están en la comunidad o muy cerca, acuden a la casa de la parturienta o en su casa; pueden hacer varias visitas domiciliarias o esperar hasta que se presente el parto. Culturales, hablan su misma lengua, permiten que la pareja esté presente y le asignan tareas, tienen autoridad para impedir su presencia en caso de impertinencias. Conciben el parto como un proceso “caliente” y mantienen una temperatura alta en la habitación para facilitararlo; dan masaje en el vientre con aceite, dan te de hierbas para acelerar el parto. Permiten que la mujer no se desvista durante el parto, aceptan los “partos culturales”. Es decir la posición más cómoda para la parturienta, son comprensivas ante las carencias de infraestructura doméstica que sufre la familia. De género, en su mayoría son mujeres y han sentido lo que es un parto. Afectivas, conocen a la parturienta y la tratan con cariño, le dan confianza y valor.

Ante esta valoración, los médicos y las instituciones públicas y privadas de salud, parecen ofrecer pocas, aunque importantes ventajas, también reconocidas por las indígenas ya que cuando sufren alguna complicación tratan de acudir a los hospitales. Las desventajas de los médicos y las instituciones públicas de salud son, el costo aproximado de un parto va de 900 a 4,000 pesos y una media de 1,500.

Es raro que una comunidad cuente con médico todo el tiempo o con una clínica cercana, generalmente hay que desplazarse para ir a un hospital o unidad médica, cuesta tiempo y dinero ir a consulta (transporte, alimentos y hospedaje de la embarazada y un acompañante), no siempre hay transporte en caso de emergencia, especialmente por la noche, no reciben pacientes cualquier día ni a cualquier hora, los médicos utilizan un lenguaje incomprensible o no explican el padecimiento ni el pronóstico (hay que tomarse la medicina a ciegas), en su mayoría son varones, a muchas de ellas no les gusta ser revisadas por un hombre y a sus maridos tampoco les gusta que las revise un médico varón y todavía están atadas a lo que el marido decida. Los médicos no entienden lengua indígena, no escuchan a la paciente, hacen esperar mucho tiempo antes de la consulta, se ponen a platicar en lugar de pasar a los pacientes, son despectivos con las indígenas (Arganis, 1983).

2.3.3. Experiencias en la percepción del Sector de Salud desde la perspectiva de la mujer indígena y de los requerimientos institucionales para su cobertura.

Algunas anécdotas de las indígenas fueron plasmadas en un estudio que realizó (Espinosa, 2003) donde realizó un taller con indígenas de todo el país y coincidieron en muchas cosas, por tal motivo me parece importante transcribir las citas de algunas de éstas:

“Para llegar a la unidad médica salgo de la comunidad a las cinco de la mañana. Llego a la consulta a las ocho, pero llego cansada, empolvada o enlodada según esté el tiempo. Entro a la clínica y no falta quien diga: ‘salte, traes lodo, vas a ensuciar el piso’. Muchos médicos dicen algo parecido cuando entramos al consultorio, si llegamos a la consulta y hay gente esperando, no respetan nuestro lugar, pasan primero a la gente bien vestida,

a los que tienen dinero, a nosotras nos ven así pobres, humildes y nos dejan al final. Las que sólo hablan lengua tienen más problemas, las sacan rapidito del consultorio y quién sabe de qué las curan si no pudieron decir qué tienen.”

“También hay una queja reiterada acerca de que en las unidades médicas o clínicas a las que tienen acceso, en lugar de médicos con experiencia, hay pasantes que van a practicar, y que ellas son como conejillos de indias: “Estaba en la clínica con los dolores y llegaron como quince o veinte pasantes. Cada uno me hizo un ‘tacto’. ¡No se vale! siquiera fueran tres o cinco, pero no, eran quince o veinte metiéndome la mano. Como no saben, lastiman. Al final ya no sabía yo qué era lo que más me dolía.”

Ella le decía al esposo: “llévame al hospital, yo siento que no voy a aguantar”. Y su marido le contesto: “si todos los tuviste aquí porque ahora te quieres ir al hospital”. “Tienes algo que ver con el doctor”, no quiso llevarla y la señora murió. Ya tenía más de diez hijos, yo creo que “su cuerpo ya no aguantó.”

“Ella que no aguantaba los dolores. Y no la atendían, de pronto se ve que ya viene la cabecita, entonces sí, a correr los doctores.”

Si la medicina moderna y las instituciones del sector salud resultan poco accesibles para las mujeres indígenas, la medicina tradicional aparece como una alternativa valorada positivamente, por la mayoría de ellas y por sus parejas: la disponibilidad y fácil acceso a las parteras, el bajo costo de sus servicios, las facilidades de pago, en su mayoría sean mujeres, que paciente y médico compartan lengua y cultura, la calidez del trato, la visita domiciliaria, la seguridad que infunden a las parturientas, los servicios adicionales (hacer el caldo de gallina después del parto, lavar toda la ropa usada en este evento, dar baño de temazcal, fajar durante el puerperio); hacen de las parteras actrices importantes y difícilmente sustituibles en la atención de las madres indígenas.

Estudios han demostrado que las complicaciones, durante el parto y posterior a él son muy similares, atendidos por la partera y en los medios hospitalarios, uno de estos estudios realizado en Yucatán (2002), menciona que las complicaciones en el puerperio se presentan más en el medio

hospitalario, y las complicaciones del producto durante el periodo neonatal se presentan más con las parteras, esto nos demuestra que la cultura de los pueblos indígenas, en la atención del embarazo y el parto no está tan atrasada o tan mal como se piensa, ya que en algunas ocasiones las mujeres tienen mayores ventajas con las parteras (Méndez y Cervera 2002).

La cultura de los pueblos indígenas, no ha sido ni es un universo cerrado y estático, los usos y costumbres y la vida de las mujeres, de sus familias y de sus comunidades, se van modificando desde dentro y también por la interacción que se establece entre la población indígena y otros grupos sociales. En el plano de la sexualidad y la reproducción, las mujeres son quizá el grupo que más cambios están sufriendo y promoviendo, pues justamente los programas de salud reproductiva y planificación familiar han sido dirigidos prioritariamente a ellas, de modo que, pese a su posición subordinada, constituyen una voz crítica, una fuerza débil aún, pero estratégica, que empuja hacia un cambio cultural favorable para mejorar la experiencia de la maternidad y para reducir la muerte en este evento (Raydel. 1998).

El diálogo entre medicina tradicional y moderna tendría que arrojar otras formas de interacción de mayor respeto y reconocimiento mutuo. El plan piloto para zonas indígenas que se está experimentando en el estado de Puebla es sin duda un ejemplo de lo que podría significar otra forma de relación y otro papel de las parteras y los médicos. En este proyecto piloto, las parteras son capacitadas periódicamente y pueden atender partos en hospitales, o referir casos complicados a médicos especializados. Ahí las parteras son recibidas como prestadoras de servicios de salud, al igual que un médico. Esta experiencia deberá evaluarse y convertirse en un modelo que puede implementarse en varias regiones indígenas.

Las parteras son depositarias de un saber ancestral poco reconocidas por el modelo médico hegemónico, saber que es patrimonio cultural de los pueblos indígenas, su capacitación debe incluir, la detección de riesgos en el embarazo, parto y puerperio, así como el reconocimiento de sus límites como prestadoras de servicios, y poder canalizar a los hospitales los casos con

riesgo de muerte, de manera oportuna y responsable (Campos, 2000; Espinosa, 2003)

Es evidente que la muerte materna, es un problema no resuelto, que es prevenible, y evitable que tiene una estrecha relación con el desarrollo económico de los países, y que en las comunidades indígenas y marginadas se presentan mucho más riesgo de morir durante su embarazo, parto y el posparto. Debido a esto se necesita un cambio en el trato. Las dificultades que las mujeres viven en la familia, con su pareja y en sus comunidades, para tomar decisiones y regular su fecundidad, sólo pueden ir cambiando mediante acciones concertadas entre diversas instituciones: las del sector salud son unas, pero se necesita la participación de las educativas, y de las propias mujeres indígenas, ya que se requiere del esfuerzo compartido de todos para evitar las muertes maternas. (Espinosa, 2003).

III. MATERIALES Y METODOS

3.1 DISEÑO

Estudio Transversal comparativo (observacional, descriptivo y retrospectivo).

3.1. Definición del universo y tamaño de la muestra

El universo está constituido por los expedientes archivados en la Jurisdicción Sanitaria 2 de la Secretaría de Salud del Estado de Querétaro, que corresponden a todas las mujeres embarazadas que fallecieron a causa de complicaciones del parto, puerperio o en el mismo embarazo provenientes de la zona indígena de Amealco, (comunidad indígena Hñãño), en el periodo del año 2000 al 2005.

Tamaño de la muestra

El tamaño de muestra, se incluyeron el 100% de expedientes de las mujeres indígenas que fallecieron y se clasificaron como muerte materna del municipio de Amealco, para su comparación se seleccionaron el mismo número de expedientes de mujeres no indígenas fallecidas en los municipios

de la jurisdicción sanitarias de San Juan del Río (Amealco, San Juan del Río, Pedro Escobedo, Colón, y Tequisquiapan), en el periodo del 2000 al 2005.

3.2. Unidad de análisis

La unidad de análisis correspondió a los expedientes de las mujeres clasificadas como muerte materna en los municipios de la jurisdicción sanitaria No 2 de los Servicios de Salud del Estado de Querétaro, la información se complementó con las autopsias verbales aplicadas a familiares mayores de 18 años de edad, de las personas fallecidas y elaboradas durante el periodo 2000-2005.

Definición de las unidades de observación.

Se considero como variable dependiente las muertes maternas, definidas como aquellas mujeres que fallecieron por complicaciones durante el embarazo, parto o puerperio.

Las variables independientes se clasificaron como Sociodemográficas (personas indígenas, edad, estado civil) Educativas (escolaridad de la mujer), Culturales (machismo, violencia familiar, discriminación), Factores económicos (ingreso mensual familiar), Antecedentes obstétricos (multiparidad, aborto, promedio consultas prenatales, género de médico tratante, presencia de exámenes de laboratorio), Accesibilidad de los servicios de salud (tiempo de traslado, afiliación al seguro popular y sitio de ocurrencia de la defunción)

3.3 Definición de los grupos de comparación

Las muertes maternas que sirvieron de comparación se seleccionaron en aquellas mujeres embarazadas que fallecieron durante su embarazo, en la atención de su parto, o durante el puerperio correspondiente a los municipios de San Juan del Río, Colón, Tequisquiapan y Pedro Escobedo, durante el periodo del 2000 al 2005, con el siguiente procedimiento:

Se obtuvieron los expedientes en el departamento de Salud Reproductiva de la Jurisdicción Sanitaria No. 2 de San Juan del Río, La selección se hizo pareando por edad (+/- 5 años de diferencia con el caso) para ingreso al presente estudio.

3.4. Criterios de inclusión y Exclusión

3.4.1. Criterios de inclusión

Se incluyeron al estudio los expedientes de todas las mujeres indígenas que fallecieron por complicaciones del embarazo, parto o puerperio en el periodo establecido del 2000 al 2005, se solicitaron igualmente las encuestas de autopsias verbales de los familiares que fueron entrevistados. El grupo de comparación correspondió a los expedientes de mujeres no indígenas que fallecieron en los municipios de la jurisdicción sanitaria No 2 por complicaciones del embarazo, parto o puerperio en el periodo señalado e igualmente se solicito las autopsias verbales elaboradas a familiares entrevistados.

3.4.2 Criterios de exclusión

Que la muerte se haya clasificado como indirecta.

3.4.3. Criterios de eliminación

Que en el expediente de atención de parto no se haya consignado la causa de muerte y que sea ilegible al menos en un 80%.

3.5. Metodología.

Se realizó un estudio transversal comparativo, observacional, descriptivo, retrospectivo, de mujeres detectadas a través de certificados de defunción como muerte materna en zonas indígenas Hñãño de Amealco y para su comparación se identificaron muertes maternas ocurridas en mujeres no indígenas en el mismo periodo, de los municipios y localidades de la Jurisdicción No. 2.

Con el propósito de identificar probables factores de riesgo en las muertes maternas, se llevó a cabo la revisión de expedientes obtenidos del departamento de Salud reproductiva y epidemiología del estado en la Jurisdicción No. 2 de la Secretaría de Salud. El universo y la población de estudio estuvieron integrados, por 11 pacientes fallecidas del grupo indígena Hñãño, en el periodo del año 2000 al 2005. El grupo de comparación se constituyo de 11 mujeres fallecidas no indígenas provenientes de otros municipios de la misma Jurisdicción No.2.

El protocolo de investigación cumplió con los requisitos y normas

bioéticas y fue aprobado por el Comité de Investigación y posgrado de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Querétaro.

La recolección de información se realizó a través del llenado del instrumento diseñado, y la información se obtuvo del certificado de defunción, del expediente clínico y de las autopsias verbales (**Anexo 2**) para ese propósito. Las variables estado civil, escolaridad, antecedentes de número de embarazos, accesibilidad geográfica, número de consultas de control prenatal y atención obstétrica se obtuvieron de la autopsia verbal.

3.6. Aspectos Éticos.

El presente estudio se apegó a los Principios enunciados de Helsinki de 1964 y su modificación en Tokio de 1975 y su enmienda en 1983 con relación a los trabajos de investigación biomédica con sujetos humanos y de acuerdo a la norma oficial de investigación se sujeta a su reglamentación ética, requiriendo solo la aprobación de las autoridades de la jurisdicción sanitaria No 2 de SESEQ para revisión de documentos.

3.7. Tratamiento y Análisis Estadístico.

Se conformó una base de datos electrónica con apoyo del paquete estadístico SPSS V12 para realizar estadística descriptiva con medidas de tendencia central (frecuencias, porcentajes y desviación estándar). Para la comparación entre grupos, se llevó a cabo el análisis estadístico por OR o razón de momios, y para la evaluación de la significancia estadística a través de Chi cuadrada.

IV. RESULTADOS

4.1. Perfil sociodemográfico de las mujeres con muerte materna en la Jurisdicción No. 2 de la Secretaría de Salud del Estado de Querétaro (SESEQ)

Se incluyeron en el estudio 11 mujeres registradas como muerte materna y que fueron clasificadas como indígenas, se compararon con 11 mujeres catalogadas como muertes maternas y clasificadas como no indígenas. Las muertes maternas de tipo indígenas el 100% procedían del municipio de Amealco. El rango de edad al momento de la defunción de las mujeres indígenas fue de 18 a 29 años, con un promedio de 23.6 ± 3.5 años de edad, y en el grupo de no indígenas fue de 14 a 41 años, con un promedio de 26.3 ± 8.6 años; la mediana fue de 24 y 28 años

respectivamente. Al calcular la OR para mujeres de 20 años y más de edad, el valor obtenido fue de 1.69

Con respecto al estado civil de mujeres indígenas el 81.8% eran casadas y del 72.7% del grupo de comparación con una razón de momios (OR) de 1.69. La escolaridad del 81 % de mujeres indígenas y el 0% de las no indígenas fallecidas eran analfabetas, por tal motivo no se pudo calcular la razón de momios.

4.2. Perfil gineco-obstétrico de muerte materna en la Jurisdicción No. 2 de la Secretaría de Salud.

Al verificar los datos con respecto a conceptos de tipo obstétrico de interés resalta la multiparidad donde el grupo de mujeres indígenas se registro en los expedientes clínicos el antecedentes de más de 3 partos en un 81.8%, contrastando con un 63.6% (OR 2.6). En este mismo orden de ideas se observar que el grupo de mujeres indígenas no se detecto constancia documental de antecedentes heredo familiares de muerte materna, mientras que en las mujeres fallecidas no indígenas 45.4% tuvieron antecedente positivo. En ambos conjuntos solo en una mujer se registro el antecedente de alguna enfermedad agregada.

Cuadro 4.3					
Características Gineco-obstétricas de las mujeres fallecidas por muerte materna durante el 2000-2005					
Muertes maternas con multiparidad 2000-2005					
Mujeres con registro de muerte materna	Total de pacientes	menos de 3 embarazos	Porcentaje (%)	Más de 3 embarazos	Porcentaje (%)
Mujeres indígenas fallecidas	11	2	18.18	9	81.81
Pacientes no Indígenas fallecidas	11	7	63.63	4	36.36
Muertes maternas con alguna enfermedad agregada 2000-2005					
Mujeres con registro de muerte materna	Total de pacientes	Enf. Agregada en el embarazo	Porcentaje (%)	Embarazo sano	Porcentaje (%)
Pacientes indígenas	11	0	0	11	100

Pacientes no indígenas	11	1	0.1	10	90.9
Muertes maternas con aborto previo 2000-2005					
Mujeres con registro de muerte materna	Total de pacientes	Aborto previo	Porcentaje (%)	Sin aborto	Porcentaje (%)
Pacientes indígenas	11	0	0	11	100
Pacientes no indígenas	11	3	27.7	8	72.7

Fuente. Autopsia Verbal

Con referencia al antecedente de aborto en las mujeres con muerte materna registrada en el periodo de estudio, como se muestra en el cuadro 2 el resultado fue que las indígenas ninguna presento aborto previo y en las no indígenas el 27.7% presentaron aborto previo.

Al verificar la mortalidad materna en mujeres adolescentes se aprecia que en las mujeres indígenas el 81.8% aconteció en este grupo de edad y en un 72.7% en las no indígenas con una razón de momios de 2.2.

Para evaluar aspectos de accesibilidad de los servicios de salud y el control prenatal adecuado, se investigo el Numero de consultas prenatales apreciándose un promedio de 1.2 consultas de en las mujeres indígenas y de 2.0 en las no indígenas. Comparando los resultados para cumplir con el indicador 5 o más consultas de control prenatal se logro un (9.1%) en mujeres indígena y del (0.0%) en las no indígenas, por tal motivo no se pudo calcular la razón de momios. Con respecto a la realización de estudios de laboratorio para el control prenatal no fueron realizados en el 72.7% de mujeres indígenas y solo en el 18.2% de las no indígenas con una OR de 12.0

4.3 Factores de accesibilidad geográfica de los servicios institucionales de salud.

El estudio mostró que el conglomerado de mujeres indígenas fallecidas, los familiares señalaron en la autopsia verbal, que el 81.8% tuvieron tiempos de traslado en su medio habitual al centro de salud más cercano, de más de 60 minutos, mientras que en el grupo de mujeres no indígenas, los familiares reportaron solo en el 18.2% (OR 20.2).

Asimismo, el 81.8% de las mujeres indígenas no estaban afiliadas a los servicios de salud institucional del seguro popular y en las no indígenas el valor registrado fue del 36.4% (OR de 7.8).

Otro hecho relevante es que el 100% de las mujeres no indígenas fallecieron dentro de los servicios de salud y de las mujeres indígenas el 63.6% de eventos ocurrió en su domicilio y un 36.4% en los servicios de salud.

Cuadro 4.4 Accesibilidad geográfica en zonas indígenas y No indígenas en el estado de Querétaro 2000-2005				
Mujeres con registro de muerte materna	Pacientes que tardan más de 60 minutos en llegar a un centro de salud.	Porcentaje (%)	Pacientes que tardan menos de 60 minutos en llegar a un Centro de Salud.	Porcentaje (%)
Pacientes Indígenas	9	81.8	2	18.18
Pacientes No indígenas	2	18.18	9	81.8

Fuente autopsia verbal

4.4. Perfil sociocultural

Para el estudio del machismo, se preguntó en las autopsias verbales a los esposos de las fallecidas si permitían que un médico varón atendiera a sus esposas durante el embarazo y/o parto, señalando en el grupo de mujeres indígenas un 72.7% no permitirlo y en contraste con las no indígenas de un 9.1 % que tampoco aceptó la atención por médico varón (OR 26.6).

Se investigó el antecedente laboral de las mujeres fallecidas siendo negativo en las indígenas en el 90.9% y en las no indígenas en un 81.8% (OR 2.2).

En este mismo sentido, se les preguntó si sus hijas tenían las mismas oportunidades de ir a la escuela que los niños varones y la respuesta fue que ellos tenían que mantener y preferían mandar a los niños a la escuela que a las niñas, como resultado se obtuvo lo siguiente. En el grupo de las muertes indígenas el 54.5% prefería mandar a la escuela al niño y en el grupo no

indígena el 18.2 compartió esta característica; este concepto obtuvo una OR de 5.4.

4.5. Perfil Económico.

Para el estudio del perfil económico se investigó el promedio de salario mensual familiar encontrando que en las mujeres indígenas este fue de 739.1 pesos con una desviación estándar de ± 135.30 pesos y el de mujeres no indígenas de 1332.70 pesos y una desviación estándar de ± 266.90 pesos, un 44% menos en el grupo indígena. Al calcular la OR para ingresos por arriba del promedio para ambos grupos fue 4.67

4.6. Referente al uso de herbolaria tradicional durante el embarazo, parto y puerperio

Por tradición, los y las indígenas han tratado sus padecimientos con plantas medicinales, y esto es una condición normal de esta población, no solo las enfermedades suelen tratarse con plantas, también las ocupan en procesos como la atención del parto. En la zona indígena de Amealco, encontramos que la población ocupa una planta llamada "*Montanoa Tomentosa*" la cual, conocen popularmente como hierba de too; esta tiene un efecto abortivo y estimulante uterino de diversos tipos, esta planta la preparan en Té produciendo dolores intensos y frecuentes, hipertonicidad del útero, cansancio, sed intensa, fatiga respiratoria, sangrados trasvaginales y llegar a la muerte. Así, al evaluar en lo referente a la parte de su cultura y sus costumbres el 36.3 % de las indígenas ocuparon el Té *Too* para la atención de su parto y en las mujeres no indígenas ninguna la utilizó.

V. DISCUSIÓN.

5.1. Aspectos sociodemográfico

La mortalidad materna sigue siendo un problema de alta prioridad, ya que las RMM no ha disminuido, por el contrario se han mantenido con tasas de mortalidad 45 y 50 muertes por cada 100,000 nvr, y las zonas más afectadas son las más marginadas como sucede con las comunidades indígenas, como la identificada en el estado de Querétaro, en el Municipio de Amealco, donde se han registrado RMM de 256 por cada 100,000 nvr. Esta

tasa de muerte señala que existen 5 veces más riesgo de morir en el municipio de Amealco comparativamente con todas las defunciones en los servicios de salud en el estado de Querétaro.

El rango de edad que predominó en las fallecidas de este estudio fue entre los 14 y 29 años, con un promedio de 21 años: lo mismo que un estudio realizado en los altos de Chiapas por Freyermut y De la Torre HC. 2002; y contrario, al que realizó Tzul (2006) en Guatemala y los antecedentes de la entidad donde la mujer por arriba de los 35 años de edad, fue la más afectada.

En cuanto al estado civil se encontró que las mujeres casadas, presenta más riesgo de morir en un 70% en comparación con las madres solteras o las que están en unión libre, por las situaciones culturales que evitan la vigilancia y el control prenatal, posiblemente por el machismo, ya que el esposo no permite que un médico varón revise a su esposa; asimismo para la atención del parto, que junto a la falta de accesibilidad de los servicios de salud impiden una atención oportuna durante el embarazo, como sucedió en el estudio de Tzul 2006 que encontró como factor de riesgo ser casadas, donde la mujer tiene que pedir permiso al marido para ser atendidas por los servicios de salud; en este estudio, se obtuvo una OR de 26 más veces el riesgo de morir cuando el marido impide la atención médica, que junto a la falta de accesibilidad a los servicios de salud OR 20.2 fueron los factores más significativos como factor de riesgo de muerte materna.

El Grado de educación no presentó significancia estadística, sin embargo, conviene comentar que más del 81% de las defunciones en mujeres indígenas fueron analfabetas y en el caso de las muertes en mujeres no indígenas, no se detectó ninguna mujer analfabeta. Sin embargo, se demuestra en la zona indígena la persistencia del analfabetismo en su realidad social, posiblemente por sus costumbres, el machismo y la discriminación de la mujer, muy similar al estudio realizado por Barrios de León del departamento de epidemiología en el ministerio de Guatemala en el 2004, donde la mujer indígena fue la más afectada con escasa educación, ama de casa y múltipara, y que la mayor parte muere en el hogar sin atención calificada.

5.2. Perfil gineco-obstétrico

La multiparidad en este estudio fue de suma importancia al igual que en estudio ya mencionado atrás en San Marcos Guatemala donde la tasa aumenta de 37 por cada 100,000 nvr en mujeres con menos de 3 embarazos a 45 por cada 100,000 nvr de tasa en el caso de tener más de 4 embarazos con una razón de 1.25. En nuestro estudio se tiene un resultado muy similar con una OR de 4.6, que en términos generales predice que la mujer indígena con multiparidad tiene 4.6 veces más riesgo de morir que la Primigesta no indígena.

5.3. Factores de Accesibilidad

La población que habita en áreas rurales o de alta marginalidad, como el municipio de Amealco de Querétaro, donde las zonas indígenas ubicadas en el municipio tienen tiempos de traslado mayores de 60 minutos para el acceso al centro de salud, en este estudio se encontró un riesgo de de 20 mas veces que las mujeres no indígenas con accesibilidad a los servicios de salud. Resultados semejantes al de Tzul (2006) se obtuvo que la mayoría de las muertes maternas presentaran 20 más veces riesgo de morir en el grupo indígena en comparación con las mujeres no indígenas con accesibilidad a los servicios de salud.

5.4. Perfil sociocultural

Existen diferencias muy marcadas entre los países desarrollados y aquéllos en vías de desarrollo, en materia de salud general de la mujeres y disminución de muerte materna en el mundo, México como país en vías de desarrollo, se encuentra en un punto medio en la escala internacional, sin embargo, al interior del país existen diferencias marcadas dependiendo de las regiones, y sobre todo de los niveles de empobrecimiento, carencias y marginación. En particular, las regiones cuya población es predominantemente indígena, en virtud de su segregación y marginación histórica asociada a los procesos de construcción de la nación, se encuentran las más altas tasas de mortalidad, incluso en poblaciones altamente marginadas en donde coexisten grupos indígenas y grupos mestizos, existe una diferencia marcada entre los alcances a los servicios de salud de estado, y las características socioculturales que permiten o no el acceso a estos

servicios como la misma lengua, bajos niveles de escolaridad y bajos niveles económicos.

En el Estado de Querétaro, se tiene ese comportamiento ya que la zona indígena Hñãño de Amealco de Bonfil, la tasa de mortalidad esta por arriba de la estatal; Asimismo, las causas médicas de los decesos son diferentes, y se está incrementando el problema de la pre-eclampsia, la Sepsis y la hemorragia están ocupando lugares más altos.

En la zona indígena en Amealco se tuvo incluso un repunte muy importante en el 2007, en materia de tasa de muerte materna, aspecto que demuestra la inequidad existente de esta zona. La mujer indígena con escasa educación, ama de casa, múltipara que todavía se sigue atendiendo el parto en su casa, en este estudio se encontró OR de 17.5 más veces de defunciones en el hogar, sin atención calificada, o con la atención médica requerida pero no brindada de manera oportuna, que aunado a tiempos promedio elevados para poder acceder de esta población a los servicios de salud. Lo anterior propicia que la mujer gestantes sea atendidas por un familiar que no está capacitada para la atención del parto y que dejan un alto porcentaje de niños huérfanos, o la pérdida del binomio madre-hijo; estos resultados fueron muy parecidos a los encontrados en I estudio que realizo Tzul en 2006 donde compara la muerte materna hospitalaria, y no hospitalaria en indígenas.

Los resultados obtenidos demuestran que las zonas indígenas no tienen cubiertas sus necesidades de servicios y atenciones de salud, que asociada a la discriminación que desde el nacimiento tiene por la propia familia, hacen que las mujeres tengan serios problemas sociales y de salud durante su vida. La cosmovisión de la cultura indígena llega a ser muy compleja y a veces poco entendible, ya que la mujer es la más afectada con estas ideas machistas, por ejemplo la mujer desde niña la ven como un objeto sexual al tiempo que crece y madura, algo que es importante para la procreación y preservación de la especie, a pesar a veces de su corta edad, y que a pesar de ello, se tiene el compromiso social de cumplir como mujer ante su cultura y su costumbre indígena; sin embargo contrario a lo todo esto nuestro estudio demostró que la discriminación de género, fue un factor de riesgo con una OR de 5.4.

En el presente trabajo de investigación, y a diferencia que el que realizó Reyes (1994) donde la tendencia de las tasa de mortalidad era descendente, en este es incierta ya que presenta comportamientos irregulares, y esto hace evidente que no hay una sistematización de la atención obstétrica por los servicios de salud, aún en el mismo sector, lo cual hace claro que la atención obstétrica es diferente de unidad a unidad e inclusive de paciente a paciente.

La discriminación que se encontró en este estudio fue similar al elaborado por Espinosa (2003), donde refiere que el valor como persona que se le asigna a una mujer es menor, que el asignado al varón, y las costumbres de ser atendidas con hierbas medicinales también lo refiere Campos (2003) en el manual de Yolpahtli de interculturalidad Campos (2003).

En el caso de la atención del derechohabiente se encontró en este estudio que el tener acceso a sistemas Seguro Popular es una ventaja ya que la mujer sin servicios de salud tiene 7.8 más veces el riesgo de morir en contraste con las aseguradas, como el estudio que realizó Reyes en 1994 en el Instituto Mexicano del Seguro Social en el año de 1994, en donde la causa de muerte depende de la institución, que le brinda el servicio. Ya que el mayor número de casos se presentó en las instituciones de seguridad social, seguidas por la de asistencia pública y finalmente por las del sector privado.

5.5. Factores económicos

Se identifican como factores que influyen en la situación económica de las zonas indígenas, la pérdida de cohesión comunitaria, la falta de empleos, el deterioro ambiental, la venta de tierras, inserción de las personas en actividades poco productivas. Esta situación la comparte una alta proporción de las comunidades indígenas lo que, entre otros factores, incide en la reproducción de las condiciones de pobreza y marginación.

De acuerdo a lo investigado por el INI (Instituto Nacional Indigenista). Del total de la población indígena, 42.8% trabaja por cuenta propia, 33.4% representa a trabajadores familiares sin pago y el 19.3% es trabajador asalariado con un trabajo más o menos permanente de baja remuneración, lo que ha impulsado las corrientes de migración temporal que provoca, en muchos casos, que la unidad de producción familiar quede bajo la

responsabilidad de las mujeres quienes, junto con los hijos menores de edad, son las que realizan las labores agrícolas.

Datos del Censo de 1990, refieren que la población indígena ocupada que recibía hasta dos salarios mínimos mensuales por su trabajo alcanzaba 82.4%, y sólo 17.6% recibía ingresos superiores. Sin embargo, al desagregar estos datos se obtuvo que el 21% de la población indígena ocupada, no recibían ingresos por su trabajo, mientras que 18% era remunerado con medio salario mínimo. Dos quintas partes de los indígenas vivían con 20 pesos diarios; 20.4% recibía por su jornada entre la mitad o menos de la mitad de un salario mínimo. La mayoría de las personas que no percibía ingresos se dedicaba a la agricultura y a la ganadería.

Por otro lado la Jurisdicción No. 2 por definición está dedicada a otorgar servicios en población abierta y no derechohabiente, situación que en zonas rurales y sobre todo en zonas indígenas, se refiere a poblaciones cuyo ingreso económico total va desde los 120 a los 4000 pesos, para familias con promedio de 5 integrantes.

Haciendo un análisis más a fondo se encontró que todavía y a pesar de los esfuerzos por mejorar la salud de las mujeres indígenas, las embarazadas en esta zona, consideran que el embarazo no requiere de una revisión médica y debido a esto no le dan la importancia a su vigilancia, por lo tanto no acuden a control prenatal en forma regular. En el estudio se encontró que el 81.8 % no asistieron a sus consultas de control prenatal con algún médico, siendo contrastante con las mujeres no indígenas donde el 100% de las fallecidas acudió a una atención médica del embarazo, por tal motivo no se pudo calcular la OR.

Curiosamente llama la atención que las muertes maternas que fallecieron de las zonas indígenas en el posparto correspondió al 81.8%, mientras que las no indígenas en el puerperio fue el 63.6%, OR 2.57, lo anterior refleja la falta de control prenatal y atención del parto por personal de salud en las mujeres indígenas o estas demandan atención médica en forma tardía, cuando ya hay complicaciones y ya no se puede otorgar la atención oportuna. Si a todo esto le agregamos que el 100% de las que no fueron a atención prenatal se atendieron en su casa explica el hecho de que mueran en su domicilio, a lo anterior debemos agregar la falta de recursos, la

inaccesibilidad del servicio de salud, el analfabetismo etc. si no que tendremos que entender su cultura, su cosmovisión, y sus estilos de vida para poder realizar algunos trabajos de intervención.

VI. CONCLUSIONES:

La pertenencia a un grupo étnico, el ser mujer y la pobreza y la inaccesibilidad de los servicios de salud son elementos que colocan a las personas en una situación de vulnerabilidad que les confiere una manera especial de enfermar, atenderse y morir, es decir; el género y la etnia incluyen condiciones biológicas que son reconstruidas social, política y culturalmente, para conducir con frecuencia a condiciones de desigualdad.

En las sociedades indígenas como se observó en el municipio de Amealco tienen prácticas y racionalidades muy distintas, a las de la sociedad moderna/occidental, una mujer vive y siente su maternidad, y el significado estará a medida por la respuesta que reciba de su entorno a su condición gestante y esto se verá matizado y será diferenciado dependiendo de la cultura que se trate.

En el caso de los servicios de salud se encuentran limitados a otorgar el paquete básico, que de llegar a las mujeres indígenas de una forma oportuna y constante, sería un avance sustantivo en la vigilancia y control del embarazo; sin embargo, la realidad de los resultados del estudio, muestra que las mujeres indígenas estas muy lejos de los servicios médicos, de la consulta prenatal, de los exámenes de laboratorio y sobretodo del área hospitalaria responsable de la atención medica del parto respetando su culturalidad y sobre todo sus creencias.

La consulta que ofrece el sistema estatal de salud a través del seguro Popular, del programa ampliación de cobertura y los programas de oportunidades tanto del IMSS como de la SSA tienen un pobre impacto, convirtiéndose en una revisión burocrática. Las mujeres Indígenas aún siguen atendiendo su parto en su casa, ya que los servicios médicos no les convencen y los sienten fríos, brindan una mala atención. A pesar de los grandes esfuerzos gubernamentales, federales, estatales y de las instituciones, la muerte materna, no disminuye, y al contrario en las zonas indígenas va en aumento.

se sugiere impulsar el sistema municipal de salud intercultural que combine la medicina tradicional con la medicina alópata, donde se estructure un equipo interdisciplinario, conformado por médicos, sociólogos, antropólogos y promotores comunitarios de la misma localidad y donde se integre a la partera rural capacitada y la herbolaria y ante posibles complicaciones intervengan el personal de salud y con ello respetar la cultura indígena para la atención de acuerdo a sus costumbres y combinar la aportación científica que ayude a detectar en forma oportuna los problemas de las muertes, brindar medidas de tratamiento con una actitud de prioridad y de esta forma disminuir la RMM en la zona indígena del estado.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- Aguilar CA, López VME, Solapa MS. 2003. Los tratamientos Populares y el personal de salud. Relevancia de la herbolaria. Secretaría de Salud. Manual interculturalidad en salud. 165-174.
- 2.- Alarcón MA, Vidal AH, Neira R. 2003. Salud intercultural para la construcción de sus bases conceptuales. Rev Med Chile. 131 (9): 1061-1065.
- 3.- Alleyne AO. OPS. Maternidad saludable. Boletín Médico. 1988. Familiar disponible en www.facmed.unam.mx/deptos/familiar/bol52/ibmf52-7.htm - 22k. (Consultado 23-11-12)
- 4.-Arganis EN. 1993. Las enfermedades desde un enfoque Antropológico epidemiología sociocultural y síndrome de afiliación cultural. Manual interculturalidad en salud. Pág. 127.
- 5.-Barrientos LG. 2004.Pueblos indígenas del México contemporáneo. Editorial CDI. Disponible en: <http://www.cdi.gob.mx> (consultado 12-11-12).
- 6.-Bolaños CR. 2002 Costumbres de San Idelfonso. Revista los cronistas. 11(36): 10-12.
- 7.-Bonfil SP, Martínez MER, 2003. Los espacios conquistados. Participación política y liderazgo de la mujer. cap.3 138-152
- 8.-Cardenas R y Canales F.R 2010 Secretaria de Salud. Observatorio de Mortalidad materna en México. Muerte Materna en México.
- 9.-Campos NR. 2000 Interculturalidad en Salud. "Yolpahtli, S.C. Curso de Interculturalidad en Salud. Secretaría de Salud. México. D.F. 63-85.
- 10.-Censo nacional de población y vivienda del estado de Querétaro 2010. Panorama sociodemográfico. Instituto Nacional de Geografía e Informática. censos 2011.
- 11.-Chan M. 2012 Estadísticas Sanitarias Mundiales. Organización Mundial de la Salud. página 21. www.who.int
- 12.-Chan M. 2010 Las mujeres y la salud. Los datos de hoy la agenda de mañana. Organización Mundial de la Salud. página 23. www.who.int
- 13.-Chan M. y Asamoá B.A. 2012 Organización Mundial de la Salud. Mortalidad materna. Nota descriptiva 348 Mayo 2012. Consultada vía internet www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348 consultada 22/04/2013.
- 14.- Chávez MC, Sánchez MG, Romero LE, Torres CJL, González PI. 2010. Propuesta metodológica para el estudio de muerte materna desde la

perspectiva antropológica y social. Perinatología y reproducción humana. 24(1): 67-75.

15.-Dirección General de Epidemiología (DGE) Informe Semanal de Vigilancia Epidemiológica 2012,

16.-Espinosa DG. 2003. Doscientas trece voces contra la muerte Materna CMNI talleres nacionales indígenas. www.laneta.apc.org/kinal/informe.html-453k (consultado 15-10-2012)

17.-Espinosa DG. 2000. De las preparatorias de El Cairo hasta Beijing. (Coord.), Compromisos y realidades de la salud reproductiva en México. Disponible www.aids-sida.org/ongs-inj.html-145k (consultado 15-10-12)

18.-Ferrer AL, Basavilvazo RM, Lemus RR, Toca PL, Hernández VM. 2005 Análisis de la tendencia de mortalidad materna durante 10 años de seguimiento en región urbana. Ginecología y obstetricia. 73(9):477-483.

19.-Freyermut EG, De la Torre HC. 2002. Mortalidad Materna en los estados de Oaxaca, Chiapas y Guerrero Panorama General. Foro Nacional de Mujeres y políticas de población. pág. (1-7) <http://www.ssa.gob.mx/>

20.-Freyermut EG, Graciela y Victoria J. 200. Retos, realidades y acciones entorno a la Muerte Materna en los Altos de Chiapas.

21.-Fuentes E. 2002. La asesina Silenciosa. Revista de Comunicación Dominicana. 4(1): 1-2

22.-Hernández LMF. 2010 Resultados de muestra del censo de población y vivienda. Encuesta nacional 1997-2009.

23.-Langer GA 1994. La mortalidad materna en México: la contribución del Aborto inducido. Instituto Nacional de Salud Pública. <http://www.hsph.harvard.edu/organization/hethot/> 149-153.

24.- Lerín Ps. Antropología y Salud intercultural desafíos de una propuesta. 2001 disponible <http://www.ciesas.edu.mx/desacatos/15-16%>(consultado 22-12-12).

25.-Lewis S, 2011. Salud materna indígena. El riesgo de morir sin atención médica. Revista México Social. Pag 1-6.

26.-Menéndez L.E, 1990. Antropología Médica, orientaciones, desigualdades y transacciones, CIESAS, Cuadernos de casa Chata 179, México.

27.-Mendoza RM, Ferro VLE, Solorio SE. 2006. Otomís del Semidecierto Querétaro, Rev, Comisión Nacional de Pueblos indígenas. 2-11.

- 28.-Méndez GR, Cervera M. 2002. Comparación de la atención del parto normal en los sistemas hospitalarios y tradicionales. Salud Pública de México. 2002; 44(2):129-136.
- 29.-Mojarro O, Tapia CG, Hernández LMF. 2003 Mortalidad materna y marginación Municipal. Conapo índices de marginación México DF 133-140. Disponible www.conapo.gob.mx/publicaciones/2003/09.pdf(consultado 12-11-12)
- 30.-Norma oficial mexicana 007- SSA- 1993 para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Secretaria de Salud.
- 31.- Ortega A. 2003. Genero y Salud en Cifras; 1(2):7-8.
- 32.-Ordaz MKY, Raul R, Hernandez GC. 2010. Factores de riesgo asociados con mortalidad materna en el estado de Morelos, México. Gineco obstetricia. 78(7):357-364.
- 33.-Palacio H. 1998 Colombia Mortalidad Materna en cifras Mundiales. Organización Panamericana de la salud.1998: 2-5
- 34.-Raydel FA, Page MD, Hernandez CJ, Domínguez BA.1998. Mortalidad Materna Algunos factores a considerar. Rev. Cubana obstetricia Gineco. 24(2): 80-85.
- 35.-Reyes FS. 1994. Mortalidad materna en México. Instituto Mexicano del Seguro Social. Editorial Xochicalco México DF. Pág. 15.
- 36.-Rodríguez AE, Andueza PG, Montero CL, Hoil SJ. 2009. Subregistro de muertes maternas en comunidades mayas del oriente de Yucatán, México. Revista Biomédica. 20(2):98-98.
- 37.-Romero PI, Sanchez MG, Romero LE, Chavez CM. 2010 Muerte materna: Una revisión de la literatura sobre los factores socioculturales. Perinatología y reproducción humana. 2010; 24(1):42-50
- 38.-Sámano R, Romero LE, Romero PI, Chavez CM. 2010 Programas destinados a combatir la muerte materna. Perinatología y reproducción Humana. 24(1):51-59.
- 39.-Sánchez D. MR. 2011 y 2012 Informe semanal de vigilancia epidemiológica. Semana epidemiológica 52. SSA. México. Dirección General de Epidemiología.
- 40.-Sánchez BP, Martínez MER. 2003. Diagnóstico de la discriminación hacia la mujer indígena. Diciembre. Editorial CDI. pág.13.

- 41.- Soto RE. 2000. Sobre la muerte materna. *Revista Médica de Santiago*. N^o 12 (3):1-3
- 42.- Terrones S, Acuña G, Corona H, Oropesa G, Romo S, Vargas G. 2006. Estudio descriptivo sobre la Mortalidad Materna en Aguascalientes. *Rev Medica Del Centro*. 5 (Oct-dic): 3- 9.
- 43.- Tzul MD.AM, Kestler PE, Hernández PB, Hernández GC. 2006. Mortalidad maternal en Guatemala: diferencias entre muerte hospitalaria y no hospitalaria. *Salud pública de México*. 48(3):183-192.
- 44.- Urbina SJ. 1995 Manual del programa de ampliación cobertura (PAC) Organización Panamericana de la Salud y Secretaria de Salud. México D.F.
- 45.- Velasco MV. 2002. La mortalidad materna un problema vigente hasta nuestros días. *Rev Med IMSS* 40 (3):185-186.
- 46.- Zavala RM. 2003. La enseñanza de la relación del personal con el paciente en la medicina académica. Secretaría de Salud. Manual Interculturalidad en salud. 59-60

IX. ANEXOS

Cuadro 6.1: Operacionalización de variables de estudio en muerte materna de mujeres indígenas Hñãño.

Variable Dependiente	Definición	Tipo de variable	Unidad de medida	Escala de medición	Fuente
Mortalidad Materna indígena	Toda mujer que haya muerto por complicaciones o a causa del embarazo parto o, puerperio.	Cualitativa	1.-Si 2.-No	nominal	Expediente clínico
Variables Independientes	Definición	Tipo de variable	Unidad de medida	Escala de medición	Fuente
Etnicidad.	En donde el70% o más de la población de 5 años habla lengua indígena	cualitativa	1.-Si 2.-No	nominal	Expediente clínico
Estado Civil	Condición de unión de la pareja ante la sociedad.	Cualitativa	1. Soltera 2. Casada 3. Unión libre 4. Divorciada 5. Viuda	ordinal	Expediente o autopsia verbal
Analfabetismo Alfabeto	Proporción de la población dentro del estudio que no sabe leer ni escribir. Proporción de la población que sabe leer y escribir y/o tiene algún grado escolar	Cualitativa	1. Analfabeta 2.- Alfabeto	Nominal	Expediente o autopsia verbal
Machismo	Proporción de la población que no permite que su mujer sean atendidas por médicos hombres. 2.- proporción	Cualitativa Cualitativa	1.-Si 2.- No 1.-Si 2.-No	Nominal Nominal	Expediente clínico autopsia verbal Expediente

	de la población que no le permite laborar a su mujer y solo se dedican a labores del hogar.				clínico o autopsia verbal
Discriminación	Que la condición de ser mujer sea menos importante que el ser hombre se de menor oportunidad a la mujer de estudiar que al hombre	Cualitativa	1.-Si 2.-No	Nominal	Expediente clínico o autopsia verbal
Accesibilidad geográfica	Tiempo transcurrido desde el lugar donde vive hasta el primer centro de atención, en su medio de transporte habitual a menos de 60 minutos.	Cualitativa	1.- Menor o igual a 60 minutos. 2.- mayor a 60 minutos.	ordinal	Expediente clínico o autopsia verbal
Antecedentes gineco obstétricos	Antecedente del número de embarazos que tiene la paciente Primigesta: menos de 4 embarazos Multigesta de 4 o más embarazos	cuantitativa	1.- Primigesta 2.- Multigesta	ordinal	Expediente clínico o autopsia verbal
Atención prenatal	La atención desde el momento que	cualitativa	Primer trimestre Segundo	ordinal	Expediente ó autopsia verbal

	la pacientes se sabe embarazada		trimestre Tercer trimestre		
Atención obstétrica del parto	Sitio donde fue atendido el parto. Paciente que es atendida de su parto por médico o por otra persona	Cualitativa cualitativa	1.En casa 2.En centro de salud o hospital 1.- medico 2.- partera 3.- familiar 4.- otro	Nominal Nominal	Expediente ó autopsia verbal Expediente ó autpsia verbal
Derechohabien cia	Paciente que tiene derecho a alguna Derechohabien cia en el sistema estatal de Salud	Cualitativa	Si No	nominal	Expediente ó autopsia verbal

Cuadro 6.2. Distribución por municipios y jurisdicciones de las tasas de Muerte Materna del 2000 al 2007 en el estado de Querétaro.

Municipios	2000		2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007	
	Def.	Tasa	Def.	Tasa	Def.	Tasa	Def.	Tasa	Def.	Tasa	Def.	Tasa	Def.	Tasa	Def.	Tasa
JURISDICCION I	10	57.3	7	40.0	12	68.1	3	17.2	7	40.4	6	34.0	8	45.2	10	56.2
Amealco	3	205.2	3	214.3	2	151	2	153.2	1	79.6	1	82	1	83	3	256.6
Colón	3	252.2	1	87			1	93.2								
Pedro Escobedo	1	85.2	1	89.4			1	96.3	1	99.1						
San Juan del Río	5	126.2	4	102.4	2	51.1	2	51.1	2	52.2			1	26.8	1	26.8
Tequisquiapan							1	91.4	1	92.2	3	279.1	1	94.1		
JURISDICCION II	12	134.4	9	103.5	4	23.2	7	83.5	5	60.2	3	37.5	3	37.5	4	49.2
JURISDICCION III	3	93.4	1	32.1	2	67.4	4	138.1	2	71.2	0	0.0	4	149.2	0	0.0
JURISDICCION IV	1	41.4	0	0	1	44.1	0	0	0	0.0	2	97.3	2	99.1	0	0.0
ESTATAL	26	81.4	17	53.5	19	54.2	14	45.5	14	45.3	11	36.3	4	56.4	14	44.3

Fuente: Certificados de Defunción. Dirección estatal de epidemiología tasa x 100,000 nvr

Cuadro 6.3 Razón de momios de muerte materna según variables de interés

CARACTERÍSTICAS	INDIGENAS		NO INDIGENAS		OR	X ² MH	IC 95%
	No	%	No	%			
EDAD MENOR DE 20 AÑOS DE EDAD					1.7	1.09	0.1 – 3.3
SI	9	81.8	8	72.7			
NO	2	18.2	3	27.3			
TOTAL	11	100.0	11	100.0			
ESTADO CIVIL					1.7	1.09	0.1 – 3.3
CASADAS	9	81.8	8	72.7			
SOLTERAS	2	18.2	3	27.3			
TOTAL	11	100.0	11	100.0			
ESCOLARIDAD					#¡DIV/0!		
ANALFABETAS	9	81.8	0	0.0			
ALFABETAS	2	18.2	11	100.0			
TOTAL	11	100.0	11	100.0			
MULTIPARIDAD					7.9	4.6	4.6 – 11.2
SI	9	81.8	4	36.4			
NO	2	18.2	7	63.6			
TOTAL	11	100.0	11	100.0			
AHF POSITIVO					0.0	0	0
Si	0	0.0	5	45.5			
No	11	100.0	6	54.5			
TOTAL	11	100.0	11	100.0			
ENFERMEDAD AGREGADA					0.0	0	0
SI	0	0.0	1	9.1			
NO	11	100.0	10	90.9			
TOTAL	11	100.0	11	100.0			
ABORTO PREVIO					0.0	0	0
SI	0	0.0	3	27.3			
NO	11	100.0	8	72.7			
TOTAL	11	100.0	11	100.0			
INACCESIBILIDAD GEOGRAFICA					20.3	6.3	15.4 – 25.2
SI	9	81.8	2	18.2			
NO	2	18.2	9	81.8			
TOTAL	11	100.0	11	100.0			
ADOLESCENTES					1.7	1.09	0.1-3.3
SI	9	81.8	8	72.7			
NO	2	18.2	3	27.3			
TOTAL	11	100.0	11	100.0			
TRABAJA					2.2	1.3	0.4-4.0
NO	10	90.9	9	81.8			
SI	1	9.1	2	18.2			
TOTAL	11	100.0	11	100.0			
REVISION POR MEDICO HOMBRE					26.7	6.4	21.3-32,1
NO	8	72.7	1	9.1			
SI	3	27.3	10	90.9			
TOTAL	11	100.0	11	100.0			

DISCRIMINACION DE GENERO					5.4	3.79	2.3-7.7
SI	6	54.5	2	18.2			
NO	5	45.5	9	81.8			
TOTAL	11	100.0	11	100.0			
EXAMENES PRENATALES					12.0	5	8.0 – 16
NO	8	72.7	2	18.2			
SI	3	27.3	9	81.8			
TOTAL	11	100.0	11	100.0			
5 CONSULTAS O MAS DE CONTROL PRENATAL					0.0	0	0
NO	10	90.9	11	100.0			
SI	1	9.1	0	0.0			
TOTAL	11	100.0	11	100.0			
ATENCION DEL PARTO POR MEDICO					0.0	0	0
NO	7	63.6	0	0.0			
SI	4	36.4	11	100.0			
TOTAL	11	100.0	11	100.0			
INGESTA DE TE DE TOO					0.0	0	0
SI	4	36.4	0	0.0			
NO	7	63.6	11	100.0			
TOTAL	11	100.0	11	100.0			
MUJER CON DERECHO A SEGURO POPULAR					7.9	4.6	4.6-11.2
NO	9	81.8	4	36.4			
SI	2	18.2	7	63.6			
TOTAL	11	100.0	11	100.0			
MUERTE MATERNA POR SITIO DE COURRENCIA					17.5	5.69	12.8-22.5
HOGAR	7	63.6	1	9.1			
HOSPITAL	4	36.4	10	90.9			
TOTAL	11	100.0	11	100.0			
MUERTE EN EL PARTO O POSPARTO					2.6	2.05	0.6 – 4.6
POSPARTO	9	81.8	7	63.6			
PARTO	2	18.2	4	36.4			
TOTAL	11	100.0	11	100.0			
INGRESO ECONOMICO POR ABAJO DEL PROMEDIO					4.7	3.66	2.1-7.3
SI	8	72.7	4	36.4			
NO	3	27.3	7	63.6			
TOTAL	11	100.0	11	100.0			

FACTORES CONDICIONANTES DE LA MUERTE MATERNA EN LA
ZONA INDIGENA DE AMEALCO, ESTADO DE QUERETARO DEL
"2000 AL 2005"

Cuestionario.

Nombre de la

Unidad _____

Localidad _____

Municipio _____

No. De Folio _____

Edad _____

1.- ¿Estado civil de la fallecida ()

1. Soltera
2. Casada
3. Unión Libre
4. Divorciada
5. Viuda

2.-¿qué grado de escolaridad tenía la fallecida. ()

1. Analfabeta
2. Secundaria incompleta
- 3.-secundaria completa
- 4.-mas de secundaria.

3.- ¿la fallecida hablaba alguna lengua indígena ()

1. si
2. no

4.- ¿La fallecida practicaba las tradiciones indígenas ()

- 1.-si
- 2.-No

5.- ¿Cuánto tarda usted en llegar al centro de Salud más cercano en el medio habitual?

1. ¿Menos de 60 min.

2.- Mas de 60 min.

6.- ¿Cuál es medio de transporte disponible en la comunidad en situaciones de urgencia médica?

- 1.- Vehículo.
- 2.- Pie
- 3.- Burro / Caballo
- 4.- Transporte público

7.- ¿Cuál es el transporte habitual en la comunidad para las actividades diarias?

- 1.- Vehículo.
- 2.- Pie
- 3.- Burro o caballo
- 4.- Transporte público

8.- ¿ El padre de familia ganaba menos de un salario mínimo?

- 1.- Sí
- 2.- No

9.- ¿Cual era su ocupación del padre de familia. ?

- 1.-jornalero
- 2.- agricultor
- 3.-obrero
- 4.-Albañil
- 5.-otro

10.- ¿Cuenta con vehículo particular. } ?

- 1.- Si
- 2.-No

11.- ¿No. de integrantes de la familia. ?

- 1.-menos de tres
- 2.-mas de tres

12.- ¿Posee tierras de cultivo ?

- 1.- si
- 2.- No

13.- ¿Posee animales de corral para el sustento familiar?

- 1.- Si
- 2.- No

14.- ¿Contaba con ingresos económicos extra para el pago de algún servicio médico?

- 1.-Sí
- 2.-NO

14- Desde su punto de vista, ¿cómo considera los servicios de salud que le son otorgados. ?

- 1.- Fríos

- 2.-Malos
- 3.- Regulares
- 4.- Buenos
- 5.- Cálidos

15. Antecedentes gineco-obstétricos:

- | | |
|----------------|-----|
| Gestas | [] |
| VSA.: (inicio) | [] |
| Partos | [] |
| Cesáreas | [] |
| Abortos | [] |

16. Control prenatal:

¿Recibió atención prenatal?

- 1.- Si
- 2.- No
- 3.- Se ignora

17.- ¿Cuántas consultas prenatales tuvo?

18.- ¿Trimestre en que se inicio el control prenatal? []

- 1.- Primero
- 2.-Segundo
- 3.-Tercero

19. ¿Servicio o lugar en que ocurrió la muerte: ?

- | | | | |
|--------------------------|-----|-------------------------|-----|
| 1.-Admisión | [] | 8.- Sala de labor | [] |
| 2.-Sala de expulsión | [] | 9.-Quirófano | [] |
| 3.-Recuperación | [] | 10.-Cuidados intensivos | [] |
| 4.-Hospitalización | [] | 11.- Unidad de traslado | [] |
| 5.-Hogar de la fallecida | [] | 12.-Casa de la partera | [] |
| 6.-Fuera de la unidad | [] | 13.- Vía publica | [] |
| 7.-Transporte | [] | 14.-Otro | [] |

Especificar _____

20. ¿Momento de ocurrencia de la muerte materna. ?

- 1.- Antes del parto []
- 2.-Durante el parto []
- 3.-Durante el aborto []
- 4.-Durante la cesárea []
- 5.-Durante el puerperio []
- 6.-Puerperio posparto []
- 7.-Puerperio postaborto []
- 8.-Puerperio postcesarea []

21. Antecedentes personales patológicos de la fallecida:

- 1.-Cardiopatía congénita []
- 2.-Cardiopatía reumática []
- 3.-Hipertensión arterial []
- 4.-Diabetes Mellitus []
- 5.-Malf. Congénitas []
- 6.-Tiroideopatía []
- 7.-Otro endocrinopatía []
- 8.-Enf. Colágena []
- 9.-Tuberculosis pulmonar []
- 10.-Otra neumopatía []
- 11.-Drogadicción []
- 12.-Epilepsia []
- 13.-Otra neuropatía []
- 14.-Neuropatía []
- 15.-Hematopatía []
- 16.-Sida []
- 17.-Se ignora []

Otras []
Especificar _____

22.- ¿Cuándo se enfermaba la señora la llevaban al médico?

- 1.- si
- 2.- no

23.- ¿Quién la llevaba al servicio médico?

- 1.-esposo
- 2.-suegra
- 3.-Mama
- 4.-Otra

24.- ¿En caso que fuera doctor, él le permitía que atendiera a su esposa?

- 1.- si
- 2.- no

25.- ¿Cuándo se tenía la necesidad, el señor ayudaba en las labores del hogar a la señora?

- 1.- si
- 2.- no

26.- ¿El padre de familia les da igualdad de oportunidades para estudiar a sus hijos y a sus hijas. ?

- Si
- No

27.- ¿El jefe de familia permitía que planificara su familia. ?

- Si
- No

28.- ¿Quién escogió los nombres de sus hijos. ?

- 1.-Padre
- 2.-Madre
- 3.-Suegra
- 4.-Otro

SISTEMA NACIONAL DE SALUD

**Comité Nacional Para el Estudio de la Mortalidad Materna y Perinatal
AUTOPSIA VERBAL EN CASOS DE MUERTE MATERNA**

NOTA: ESTE DOCUMENTO DEBERÁ SER LLENADO PREFERENTEMENTE POR UN MÉDICO, DANDO A TODAS LAS PREGUNTAS, UNA O MAS RESPUESTAS Y CUANDO SE CONSIDERE NECESARIO ESCRIBIR EN HOJAS AENXAS, FAVOR DE SEÑALARLO.

1. IDENTIFICACIÓN DEL HOSPITAL O UNIDAD DE ATENCIÓN

- 1.1. NOMBRE: _____
- 1.2. ENTIDAD FEDERATIVA: _____ **1.3 MUNICIPIO:** _____
- 1.4 LOCALIDAD _____ **TELEFONO:** _____ **C.P.** _____
- 1.5. NOMBRE DEL DIRECTOR O RESPONSABLE: _____
- 1.7. FECHA DE ELABORACIÓN DEL CUESTIONARIO

--	--

--	--

--	--

DIA MES AÑO
- 1.8. NÚMERO DE FOLIO DEL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN: _____

2. IDENTIFICACIÓN DE LA FALLECIDA

(copiar los siguientes datos del Certificado de Defunción)

- 2.1. NOMBRE COMPLETO: _____
- 2.2. DOMICILIO: _____
- 2.3. LOCALIDAD: _____
- 2.4. MUNICIPIO: _____ **2.5. ESTADO:** **QUERÉTARO**
- 2.6. EDAD: _____ AÑOS, FECHA DE NACIMIENTO: _____
- 2.7. DERECHOHABIENTE: SI NO

2.8. OCUPACIÓN DE LA FALLECIDA

- | | | | |
|-----------------|--------------------------|----------------------|--------------------------|
| 2.8.1. HOGAR | <input type="checkbox"/> | 2.8.2. ESTUDIA | <input type="checkbox"/> |
| 2.8.3. CAMPO | <input type="checkbox"/> | 2.8.4. EMPLEADA | <input type="checkbox"/> |
| 2.8.5. COMERCIO | <input type="checkbox"/> | 2.8.6. POR SU CUENTA | <input type="checkbox"/> |
| 2.8.7. OTRA | <input type="checkbox"/> | ESPECIFICAR _____ | |

2.9. ESCOLARIDAD DE LA FALLECIDA

- | | | | |
|---------------------------|--------------------------|----------------------------|--------------------------|
| 2.9.1. ANALFABETA | <input type="checkbox"/> | 2.9.2. PRIMARIA INCOMPLETA | <input type="checkbox"/> |
| 2.9.3. PRIMARIA COMPLETA | <input type="checkbox"/> | 2.9.4. SECUNDARIA | <input type="checkbox"/> |
| 2.9.5. PREPARATORIA O EQ. | <input type="checkbox"/> | 2.9.6. PROFESIONAL | <input type="checkbox"/> |

2.10 ESTADO CIVIL DE LA FALLECIDA

- 2.10.1. SOLTERA
- 2.10.3. VIUDA
- 2.10.5. SEPARADA
- 2.10.7. NO SE SABE

- 2.10.2. CASADA
- 2.10.4. UNIÓN LIBRE
- 2.10.6. DIVORCIADA

Buenos días (buenas Tardes), mi nombre es (indique su nombre) y trabajo para el Sistema Nacional de Salud, estamos realizando unas entrevistas para conocer algunos acontecimientos que sucedieron alrededor de las mujeres que han muerto en nuestro país. Sabemos que una Señora murió hace algún tiempo por lo que quisiéramos que colaborara contestando algunas preguntas.

La información que proporciona será confidencial y de mucha ayuda para salvar la vida de otras mujeres.

Pregunte al interesado si acepta participar y en caso de hacerlo inicie con la sección de la siguiente pagina (preguna 3)

Si no realizó la entrevista anote el motivo:

- 1. No se encontraron los familiares
- 3. Cambio de domicilio

- 2. Domicilio falso
- 4. Se negó

3 PARENTESCO CON LA FALLECIDA

- 3.1. MADRE
- 3.3. ESPOSO
- 3.5. HERMANA
- 3.7. HIJA

- 3.2. PSADRE
- 3.4. HERMANO
- 3.6. HIJO
- 3.8. OTROS

ESPECIFICAR: _____

3.1. LA FALLECIDA HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA:

- 3.1.1. SI
- 3.1.2. NO

ESPECIFIQUE: _____

3.1. LA FALLECIDA ERA MONOLINGÜE EN LENGUA INDÍGENA

- 3.1.1. SI
- 3.1.2. NO

4 FECHA DEL FALLECIMIENTO:

--	--	--	--	--

HORA

MIN

DÍA

MES

AÑO

5 ANTECEDENTES FAMILIARES Y PERSONAL DE INTERES

5.1. ANTECEDENTES FAMILIARES:

- 5.1.1. SIN ANTECEDENTES
 - 5.1.3. HIPERTENSIÓN ARTERIAL
 - 5.1.5. MALFOR. CONGÉNITAS
- ESPECIFICAR: _____

- 5.1.2. CARDÍACOS
- 5.1.4. DIABETES MELLITUS
- 5.1.6. OTRAS

5.2. PERSONALES, MEDICOS / QUIRÚRGICOS

- 5.2.1. SIN ANTECEDENTES
 - 5.2.3. CARDIOPATÍA REUMÁTICA
 - 5.2.5. MALF. CONGÉNITAS
 - 5.2.7. TIROIDEOPATÍA
 - 5.2.9. ENF. COLÁGENA
 - 5.2.11. OTRA NEUMOPATÍA
 - 5.2.13. EPILEPSIA
 - 5.2.15. NEFROPATÍA
 - 5.2.17. SIDA
- ESPECIFICAR: _____

- 5.2.2. CARDIOPATÍA CONGÉNITA
- 5.2.4. HIPERTENSIÓN ARTERIAL
- 5.2.6. DIABETES MELLITUS
- 5.2.8. OTRAS ENDOCRINOPATÍAS
- 5.2.10. TUBERCULOSIS PULMONAR
- 5.2.12. DROGADICCIÓN
- 5.2.14. OTRA NEUROPATÍA
- 5.2.16. HEMATOPATÍA
- 5.2.18. OTRAS

5.4. ANTECEDENTES GINECOBSTÉTRICOS

- 5.3.1. NÚMERO DE GESTAS
- 5.3.3. NÚMERO DE ABORTOS
- 5.3.5. NÚMERO DE EMB. EXTRAUT.

- NÚMERO DE PARTOS
- NÚMERO DE CESÁREAS

6 PADECIMIENTO

6.1. ¿DE QUE ENFERMEDAD CREE USTED QUE MURIÓ? _____

6.2. ¿DE QUE ENFERMEDAD LE DIJERON A USTED QUE MURIÓ? _____

6.3. POR FAVOR, DIGAME LA FECHA Y HORA EN QUE EMPEZO A ESTAR ENFERMA LA SEÑORA:

:

HORA MIN DÍA MES AÑO

6.4. ¿PODRIA USTED DESCRIBIR LAS MOLESTIAS QUE PRESENTO, DESDE QUE EMPEZO A ESTAR ENFERMA HASTA QUE MURIÓ?

7 SITIO Y ETAPA DEL ESTADO GRAVIDO-PUERPERAL EN QUE OCURRIO LA MUERTE:

7.1. SITIO DONDE OCURRIO EL FALLECIMIENTO

7.1.1. DOMICILIO DE LA FALLECIDA

7.1.2. DOMICILIO DE LA PARTERA

7.1.3. UNIDAD MEDICA PRIVADA

7.1.4. UNIDAD DE SALUD

7.1.5. TRASLADO

7.1.6. OTRO

ESPECIFICAR: 1 _____

7.2. EL FALLECIMIENTO OCURRIDO DURANTE:

7.2.1. EMBARAZO

7.2.2. PARTO NORMAL

7.2.3. PARTO DISTÓCICO

7.2.4. POSTPARTO

7.2.5. CESAREA

7.2.6. POSTCESAREA

7.2.7. ABORTO

7.2.8. POSTABORTO

8 NECROPSIA (AUTOPSIA O ESTUDIO ANATOMOPATOLÓGICO)

8.1. ¿SE REALIZO NECROPSIA?

3.1.1. SI

PASE A LA PREGUNTA 8..2.

3.1.2. NO

8.1.3. SE IGNORA

8.2. ¿PODRÍA USTED DECIR ALGUNOS DATOS DE LA AUTOPSIA?

9 EMBARAZO ACTUAL

9.1. EDAD DEL EMBARAZO (EN MESES) _____

9.2. LA FALLECIDA TUVO CONTROL PRENATAL:

9.2.1. SI

9.2.3. SE IGNORA

9.2.1. NO

9.3. LA VIGILANCIA PRENATAL FUE REALIZADA POR:

9.3.1. MEDICO ESPECIALISTA

9.3.3. MEDICO PASANTE

9.3.5. AUXILIAR DE ENFERMERÍA

9.3.7. PART. TRAD. NO ADIESTRADA

9.3.2. MEDICO GENERAL

9.3.4. ENFERMERA

9.3.6. PART. TRAD. CAPACITADA

9.3.8. OTRO

9.4. MES EN QUE SE INICIO EL CONTROL PRENATAL

9.4.1. PRIMERO, SEGUNO O TERCERO

9.4.3. QUINTO

9.4.5. SEPTIMO

9.4.7. NOVENO

9.4.2. CUATRO

9.4.4. SEXTO

9.4.6. OCTAVO

9.4.8. SE INGNORA

9.5. NUMERO DE CONSULTAS PRENATALES:

9.5.1. UNA A DOS

9.4.3. QUINTO

9.5.2. TRES A CINCO

9.5.4. SE IGNORA

9.6. FECHA DE ULTIMA CONSULTA:

DIA MES AÑO

10 EXAMENES DURANTE EL EMBARAZO ACTUAL:

10.1. DURANTE EL CONTROL PRENATAL SE REALIZAN EXAMENES DE:

10.1.1. SANGRE (HEMOGLOBINA)	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	SE IGNORA	<input type="checkbox"/>
10.1.2. ORINA (E.G.O.)	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	SE IGNORA	<input type="checkbox"/>
10.1.3. GURPO SANGUINEO	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	SE IGNORA	<input type="checkbox"/>
10.1.4. RAYOS "X"	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	SE IGNORA	<input type="checkbox"/>
10.1.5. ULTRASONIDO	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	SE IGNORA	<input type="checkbox"/>

HORA

MIN

DÍA

MES

AÑO

12.5. SITIO O LUGAR DONDE SE ATENDIO EL PARTO:

- 12.5.1. DOMICILIO PARTICULAR
- 12.5.3. UNIDAD MEDICA PRIVADA
- 12.5.5. POSADA DE NACIMIENTO
- 12.5.7. OTRO

- 12.5.2. DOMICILIO PARTERA
- 12.5.4. UNIDAD DE SALUD
- 12.5.6. TRASLADO
- ESPECIFICAR _____

12.6. EL PARTO FUE ATENDIDO

- 12.6.1. MEDICO ESPECIALISTA
- 12.6.3. MEDICO PASANTE
- 12.6.5. AUXILIAR DE ENFERMERÍA
- 12.6.7. PART.- TRAD. NO ADIESTRADA
- 12.6.9. FAMILIAR
- 12.6.11. SE IGNORA

- 12.6.2. MEDICO GENERAL
- 12.6.4. ENFERMERIA
- 12.6.6. PART. TRAD. CAPACITADA
- 12.6.8. OTRO PERS. DE SALUD
- 12.6.10. LA MISMA PARTERA
- 12.6.10. OTRO

ESPECIFICAR _____

12.7. EL PARTO FUE:

- 12.7.1. ESPONTANEO
- 12.7.3. SE IGNORA

- 12.7.2. INDUCIDO

12.8. ¿CUÁNTO DURO EL TRABAJO DE PARTO?

HORAS

12.9. ¿SABE USTED, SI HUBO COMPLICACIONES DURANTE EL PARTO?

- 9.2.1. SI

- 9.2.1. NO

EN CASO AFIRMATIVO, MENCIONE CUALES:

12.10. SI SE REALIZÓ OPERACIÓN CESAREA; ¿PODRIA DESCRIBIR CUAL FUE LA INDICACIÓN PARA CACIÓN PAA REALIZARLA?

13 ABORTO

13.1. SI LA FALLECIDA TUVO UN ABORTO, SABE SI ESTA FUE:

8.1.1. ESPONTÁNEO	<input type="checkbox"/>	8.1.2. INDUCIDO	<input type="checkbox"/>
8.1.5. SE IGNORA	<input type="checkbox"/>		

13.2. EN QUE MES DEL EMBARAZO OCURRIÓ EL ABORTO? _____

13.3. ¿DURANTE O DESPUÉS DEL ABORTO HUBO ALBUNA COMPLICACIÓN?

13.3.1. SI	<input type="checkbox"/>	13.3.2. NO	<input type="checkbox"/>
12.3.3. SE INGNORA	<input type="checkbox"/>		

13.4. EN CASO AFIRMATIVO INDIQUE CUAL O CUALES: _____

14 PUERPERIO (CUARENTENA)

14.1. ¿DURANTE EL PUERPERIO HUBO ALGUNA COMPLICACIÓN?

13.3.1. SI	<input type="checkbox"/>	13.3.2. NO	<input type="checkbox"/>
12.3.3. SE INGNORA	<input type="checkbox"/>		

14.2. CASO AFIMRATIVO, INDIQUE CUAL O CUALES:

14.2.1. CRISIS CONVULSIVA	<input type="checkbox"/>	14.2.2. INFECCION	<input type="checkbox"/>
14.2.3. HEMORRAGIA	<input type="checkbox"/>	14.2.4. OTRAS	<input type="checkbox"/>

ESPECIFICAR _____

15 ATENCIÓN EN HOSPITAL O UNIDAD DE SALUD

NOMBRE DEL HOSPITAL O UNIDAD DE SALUD DONDE SE ATENDIÓ: _____

15.1. ¿LA FALLECIDA TUVO ATENCIÓN MÉDICA?

- 15.1.1. SI
- 15.1.3. SE INGNORA

15.1.2. NO

15.1.1. EN CASO AFIRMATIVO ESTA FUE DURANTE:

- 15.1.1.1. EMBARAZO
- 15.1.1.3. CESAREA
- 15.1.1.5. ABORTO

- 15.1.1.2. PARTO
- 15.1.1.4. PUERPERIO (CUARENTENA)

DIAGNÓSTICO (S) DE LA UNIDAD DE PROCEDENCIA (ANOTE LAS FECHAS)

<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>

15.2. ¿LA FALLECIDA ESTUVO HOSPITALIZADA?

- 15.2.1. SI
- 15.2.3. SE IGNORA

15.2.2. NO

15.2.1. EN CASO AFIRMATIVO ESTO FUE DURANTE:

- 15.2.2.1. EMBARAZO
- 15.2.2.3. CESAREA
- 15.2.2.5. ABORTO

- 15.2.2.2. PARTO
- 15.2.2.4. PUERPERIO (CUARENTENA)

15.3. TIPO DE TRATAMIENTO QUE RECIBIO:

- 15.3.1. SE IGNORA
- 15.3.3. MEDICO

15.3.2. QUIRÚRGICO

ESPECIFIQUE

15.4. EN CASO DE QUE LA FALLECIDA HAYA SIDO HOSPITALIZADA: ¿LE INFORMARON A USTED O A

SUS FAMILIARES, DEL ESTADO DE SALUD DE LA PACIENTE DESPUÉS DE LA ATENCIÓN?

15.4.1. SI

15.4.2. NO

15.4.3. SE IGNORA

15.5. ¿SE TRANSFUNDIO SANGRE A LA PACIENTE?

15.5.1. SI

15.5.2. NO

15.5.3. SE IGNORA

15.6. EN CASO AFIRMATIVO, LA TRANSFUSIÓN FUE DURANTE:

15.2.2.1. EMBARAZO

15.2.2.2. PARTO

15.2.2.3. CESAREA

15.2.2.4. PUERPERIO (CUARENTENA)

15.2.2.5. ABORTO

15.7. ¿CUÁL FUE EL MOTIVO DEL EGRESO DE LA PACIENTE?

15.7.1. MEJORÍA

15.7.2. DEFUNCIÓN

15.7.3. SE IGNORA

16 NOMBRE DEL ENTREVISTADOR:

17 CARGO DEL ENTREVISTADOR:
