



Propuesta metodológica para el estudio de muerte materna desde la perspectiva antropológica y social

Mayra Chávez-Courtois,* Georgina Sánchez-Miranda,[‡] Eva Romero-López,[‡] José Luis Torres-Cosme,[§] Itzel González-Pacheco^{||}

* Dra. en Ciencias Antropológicas. Investigadora en Ciencias Médicas de la Subdirección de Investigación en Salud Pública del Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes.

[‡] Psicóloga Social de la Universidad Autónoma Metropolitana-Iztapalapa.

[§] Mtro. en Filosofía de la Ciencia. Investigador en Ciencias Médicas de la Subdirección de Investigación en Salud Pública del Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes.

^{||} Mtra en Psic. Clínica y Psicoterapia. Investigadora en Ciencias Médicas de la Subdirección de Investigación en Salud Pública del Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes.

RESUMEN

El tema de la muerte materna, hoy en día, es primordial dentro de las necesidades mundiales para combatirla, pues implica serios problemas de salud pública. En este sentido, en el presente trabajo se reflexiona respecto a la importancia de abordar en términos de investigación la mortalidad materna desde la perspectiva sociocultural, por lo cual se desarrolla y propone una metodología cualitativa en la cual se considere como ejes de estudios, por un lado, las percepciones de las mujeres en términos del cuidado prenatal, y por otro, las percepciones de las personas cercanas a una muerte materna, con el fin de reconstruir la vida de aquellas mujeres que fallecieron. Para ambos grupos, se proponen instrumentos de aplicación para obtener la información correspondiente. Dicha propuesta metodológica permitirá explorar (desde los actores involucrados) posibles factores de riesgo socioculturales de la muerte materna.

Palabras clave: Muerte materna, metodología cualitativa, sociocultural.

ABSTRACT

Maternal death represents a serious public health problem in the world today that must be overcome. Thus, this paper reflects on the importance of research addressing maternal death from a sociocultural perspective. Consequently, it develops and proposes a qualitative methodology which uses as topics of analysis, firstly, women's perceptions in terms of prenatal care, and secondly, the perceptions of people close to maternal death with the aim of rebuilding the lives of those women who have died. For both groups, implementation tools are proposed to obtain such information. The proposed methodology will allow potential sociocultural risk factors of maternal death to be explored from the stakeholders' perspective.

Key words: Maternal death, qualitative methodology, sociocultural.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, el tema de la muerte materna (MM) ha tomado fuerza en diferentes ámbitos de la estructura social. El principal motivo del rescate para poner en discusión la mortalidad materna, es precisamente su incremento a nivel mundial. En algunos países, la muerte materna sigue siendo una de las principales causas de mortalidad de las mujeres en edad reproductiva. Según las estadísticas a

nivel mundial, en 2005 existieron cerca de 536,000 muertes maternas; esto es, la razón de mortalidad materna (RMM) fue de 400 muertes por 100,000 nacidos vivos,¹ presentándose en las regiones menos desarrolladas altos índices de mortalidad materna como África, seguida de Asia, Latinoamérica y, por último, las regiones desarrolladas.²

A nivel nacional, a pesar de que en las últimas décadas han disminuido las muertes maternas, pues entre 1990 y 2005 la razón disminuyó de 89 a 63 muertes por 100,000 nacidos vivos, el fenómeno sigue

siendo un problema de salud pública, ya que en el año 2005 se presentaron 1,242 muertes maternas, siendo los estados con mayor índice: Chiapas, Chihuahua, Guerrero, Nayarit y Oaxaca.³

Los datos estadísticos son relevantes, pues nos permiten comprender que la muerte materna es un problema serio de salud reproductiva a nivel mundial, pero también es necesario señalar que los causales de dicho fenómeno son variables y dependen del contexto.⁴⁻⁶ Por ejemplo, en México se sabe que en las zonas urbanas las causas de muerte materna son la preeclampsia y los padecimientos sistémicos subyacentes (como la diabetes) que se ven agravados por la maternidad (esto es, las llamadas causas obstétricas indirectas). Sin embargo, en las áreas rurales la mitad de las muertes se debe a hemorragias (causas obstétricas directas).³

Ante dicho panorama nacional e internacional, en septiembre del año 2000, la ONU aprobó la Resolución 55/2 “Declaración del Milenio” en la cual “los Jefes de Estado y de Gobierno se comprometieron a disminuir la mortalidad materna en 75% para el 2015, con relación a la de 1990.⁷ Asimismo, organismos internacionales como la OMS, el UNICEF y el FNUAP se unieron ante dicha petición mundial, solicitándole a cada nación su compromiso para disminuir este problema de salud pública. En este sentido, dichas organizaciones se comprometen a redoblar sus esfuerzos, tanto individuales como en colaboración con otros asociados, para ayudar a los países a fortalecer sus programas de salud materna. Uno de los argumentos principales para combatir la MM, es que se considera que la “muerte de una madre durante el embarazo o el parto es una tragedia humana personal, familiar y social y las probabilidades de supervivencia del recién nacido, y también de los otros niños, se reducen considerablemente con la defunción de la madre”.⁸

Para el caso de México, lograr cumplir con las metas propuestas por la Declaración del Milenio implica disminuir la RMM de 89 por 100,000 mil nacidos vivos en 1990 a 22.3 en 2015, es decir, pasar de 2,203 defunciones maternas en 1990 a 417 en 2015,⁸ lo que equivale disminuir anualmente 5.4% la RMM, lo cual implica un gran reto. Es cierto que de 1955 a 2004 la RMM descendió en un 70%, siendo algunas causales de dicha disminución: el incremento de cobertura de servicios de salud —atención prenatal, aumento de hospitales

de primer y segundo nivel, lanzamiento del Programa de Planificación Familiar en 1974, entre otras, así como el mejoramiento de los indicadores de desarrollo— disposición de energía eléctrica, el incremento en la escolaridad básica y el aumento de la vialidad en áreas rurales, entre otros.

Pero ahora, las interrogantes para cumplir con la meta del Milenio son amplias; en este sentido, Lozano⁸ menciona que la disminución de la MM está estrechamente relacionada con el comportamiento de las determinantes de la mortalidad materna en donde se incluyen los biológicos, la calidad de la atención prenatal y los aspectos sociales como los señalados. No obstante, la pregunta sigue siendo: ¿cómo contribuir en la búsqueda de estrategias para cumplir con los compromisos internacionales? En este sentido, es necesario enfatizar que la tarea de la investigación es una herramienta básica para favorecer la disminución de la muerte materna; por tal motivo, se propone desarrollar una estrategia metodológica (EM) que permita explorar las causas de las muertes maternas, más allá de los aspectos biológicos.

EL ABORDAJE METODOLÓGICO DE LA MUERTE MATERNA

Con base en lo anterior, en México se han desarrollado algunas investigaciones sobre el tema desde diferentes metodologías; asimismo, se han llevado a cabo encuentros nacionales sobre Maternidad sin Riesgos, lo que ha permitido compartir experiencias académicas y de participación ciudadana sobre el tema.

El tema de la MM está estrechamente relacionado con la atención prenatal, la cual ha sido abordada desde diversas perspectivas. Una de ellas tiene que ver con la satisfacción de las propias usuarias sobre los servicios de salud. Bronfam et al⁹ realizaron una investigación en 95 unidades de atención de primer nivel de la Secretaría de Salud de ocho entidades federativas de la República Mexicana. En este trabajo se evaluó el nivel de satisfacción de atención de los servicios de salud prenatal en el primer nivel; asimismo, compararon características del proveedor y los servicios. Para llevar a cabo el trabajo, se basaron en varias técnicas; entre ellas: entrevista, observación directa de la consulta, aplicación de cuestionario y exámenes de conocimiento a los proveedores. Encon-

traron que la satisfacción de las usuarias, respecto a los servicios de salud, está relacionada con el trato recibido en la consulta y el tiempo de espera; lo interesante es que la satisfacción no estuvo relacionada con la resolución clínica del profesional, ni la edad o género; asimismo, el nivel socioeconómico fue un factor en el trato durante la consulta; en este sentido, las mujeres con más bajo nivel socioeconómico tuvieron peor trato.

Otro factor que determina la presencia de la MM es la violencia en sus diferentes dimensiones. En un estudio retrospectivo, realizado en Morelos, se exploró la relación de la MM con la violencia y se revisaron 394 certificados de defunción, de los cuales se descartaron 167, pues no se encontraron evidencias de muerte materna por violencia, quedando al final 227 certificados. Con base en la revisión de expedientes clínicos y/o autopsias verbales, se encontraron 51 muertes, de las cuales 23 fueron maternas. Los autores identificaron que en cuatro casos el evento reproductivo fue lo que desencadenó el homicidio o suicidio, por lo que recomiendan considerar en los registros oficiales a la violencia como un factor indirecto de la MM, así como la importancia de la autopsia verbal (AV) como una técnica para identificar casos de embarazo y muertes maternas violentas.¹⁰

En otro trabajo transversal, se exploró la relación de la violencia de la pareja de usuarias embarazadas y algunos factores asociados a la violencia en cuatro estados de México. La información se obtuvo de la Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres 2003; del conjunto de las entidades se obtuvo una muestra de 1,949 mujeres en edad reproductiva que estuvieron embarazadas y solicitaron atención médica en los servicios de primer y segundo nivel de atención. Para medir el tipo de violencia de la pareja, se construyó un instrumento titulado Índice de Severidad de la Violencia de Pareja (ISVP), y se aplicó un cuestionario sociodemográfico a la mujer y la pareja. En sus resultados, encontraron que 250 de 1,949 mujeres (13%), informan haber sufrido violencia durante alguno de sus embarazos, en donde en el 91.4% de los casos el cónyuge era el agresor. Reportaron que existe una asociación de la presencia de violencia durante el embarazo, con diversas variables, como: nivel de escolaridad, antecedentes de violencia en la niñez, antecedentes de abuso sexual antes de los 15 años y el consumo diario de alcohol por parte de la pareja. Respecto a los antecedentes de violencia en la niñez, el 46.1% reportó haber tenido

algún tipo de violencia —psicológica, física, sexual, económica—; y en los últimos 12 meses, 487 mujeres (25%) reportaron violencia por parte de la pareja. Este último grupo lo dividieron en mujeres que sí vivieron violencia durante alguno de sus embarazos y las que no la vivieron; los investigadores demuestran que en las primeras, la violencia —psicológica, sexual y física— fue menos severa que en el segundo grupo.¹¹

Espinoza et al¹² relacionaron la MM con la práctica de aborto y violencia doméstica, investigación que se llevó a cabo en el estado de Morelos y el municipio de Netzahualcóyotl. En este trabajo se detalla la experiencia metodológica de los investigadores, definiendo y explicando técnicas como la revisión de defunción y las autopsias verbales, donde se rescata información de familiares y personas cercanas de la mujer fallecida; asimismo, la obtención de información de expedientes clínicos e informes forenses.

Se sabe que el abordaje para el estudio de la MM es variante; por ejemplo, en la investigación realizada por Freyermuth et al,¹³ en el municipio de Tenejapa, Chiapas, los autores rescatan el conocimiento de signos y síntomas de urgencia obstétrica en población en edad reproductiva. También indagaron los tipos de atención a la salud que eligen las personas cuando se presentan complicaciones de la maternidad; para ello aplicaron un cuestionario. El trabajo de campo se llevó a cabo en cuatro localidades, una de ellas con más de 150 viviendas, otra entre 149 y 50, y dos localidades con menos de 50 viviendas. Entrevistaron a hombres y mujeres en edad reproductiva y obtuvieron información de 179 hombres y 238 mujeres. Los resultados no se analizaron por género. Encontraron que 186 entrevistados (44.6%) no reconocieron de manera espontánea un signo o síntoma de urgencia obstétrica durante el embarazo, 220 (52.7%) durante el parto y 218 (52.3%) durante el postparto. Lo anterior indica que cerca de la mitad no tiene conocimiento sobre los signos de urgencia, lo cual implica peligro durante la maternidad. En otro sentido, casi toda la población reconocía la necesidad de acudir con una persona para vigilar el embarazo (95%); el 65% acudiría al médico o centro de salud, y el 30% a la partera, y el 5% a familiares como la suegra, pero cuando se les preguntó sobre con quién acudirían para la resolución de su embarazo: la partera fue la primera opción, lo que indica que la atención tradicional sigue teniendo un peso importante, en algunas zonas del país, para el cuidado de la salud.

Como se puede observar, el trabajo de la partera en el cuidado y resolución del embarazo aún juega un papel importante. En el trabajo de García et al¹⁴ se encontró que las parteras, en el área rural de Morelos, son uno de los principales recursos con los que cuenta la población para el cuidado del embarazo, atención de parto y puerperio. La investigación consistió en entrevistar a parteras para conocer sus opciones de factores de riesgo durante el embarazo e incorporarlas a los programas de salud reproductiva. El trabajo se llevó a cabo en tres municipios de Morelos —Ocuituco, Yecapixtla y Zacualpan—. Los investigadores aplicaron un cuestionario precodificado y una guía de entrevistas abierta a 35 parteras. En general, encontraron que el conocimiento que tienen las parteras sobre los riesgos es muy bajo. Las parteras que han tenido adiestramiento (63%) coinciden con la percepción de riesgo con la medicina académica, mientras que en el otro grupo —sin adiestramiento— sólo el 28% lo percibía. Al explorar los síndromes de filiación cultural en ambos grupos, los aspectos socioculturales siguen permeando la percepción de las parteras sobre los riesgos reproductivos; lo anterior refuerza la importancia de considerar los aspectos socioculturales como factores de riesgo de la presencia de MM.

Otros factores de riesgo de la MM son el aspecto económico y el género. En el trabajo de Herrera et al¹⁵ se evaluaron la situación económica y las relaciones de género como factores determinantes de la MM en mujeres indígenas. El trabajo de campo se llevó a cabo en una región de Chiapas —Patwitz—, el cual, a través de 158 encuestas a familias llevadas a cabo mediante entrevistas en profundidad a personas vinculadas con los casos de MM y a fuentes clave, como líderes de la comunidad y parteras, se obtuvo la información. Es de relevancia mencionar que la vida reproductiva de las mujeres (en este caso indígenas) depende de los usos y costumbres, que incluyen rituales para la conformación de la familia, así como las decisiones sobre la reproducción de las mujeres. En esta comunidad, la última que decide sobre su reproducción y cuidado es la mujer, siendo por tanto la inequidad de género un factor para explicar la presencia de la MM. En el 50% de los casos de muerte materna no registrados, las mujeres llamaron a las parteras para ser atendidas; una tercera parte lo fue por un familiar; 83.3% de los familiares manifestaron que no pensaron llevar a la mujer a otro sitio para su

atención, debido a la falta de recursos y tiempo. Es de tomarse en cuenta que esta comunidad la mitad del año no cuenta con ingresos económicos, ya que depende de los meses de comercialización del café, en la cual hombres y mujeres participan, pero quienes deciden el destino de los ingresos son los hombres.

Desde otra perspectiva, la atención institucional juega un papel importante en el asunto de la MM. En su trabajo, Hernández et al¹⁶ compararon los casos de mujeres con muerte materna hospitalaria en el estado de Morelos con un grupo de mujeres que sobrevivieron el embarazo pero que presentaron las mismas complicaciones y fueron atendidas en los mismos hospitales que aquellas que fallecieron; de cada grupo se obtuvieron 35 casos. Para llevar a cabo la investigación, los investigadores aplicaron en ambos grupos una encuesta a los familiares sobre accesibilidad y utilización de servicios de salud. Asimismo, se exploró sobre la sobrevivencia a las complicaciones en el embarazo, paridad de la mujer, condiciones de vivienda, escolaridad, derechohabiencia, uso de métodos anticonceptivos, percepción de la gravedad de la enfermedad, uso de los servicios de salud prenatal, obstáculos del uso de servicios, búsqueda de atención y referencia de otros servicios. Las mujeres que presentaron muerte materna contaban mayormente con malas condiciones de vivienda, baja escolaridad y con seguridad social, en comparación con aquellas que sobrevivieron al embarazo. La presencia de la pareja fue un factor considerable para evitar la mortalidad materna.

LA MUERTE MATERNA DESDE EL ENFOQUE SOCIOCULTURAL

Pero, ¿por qué es importante estudiar el tema de la muerte materna desde la perspectiva antropológica y social? Como se observó en la revisión de la literatura, el estudio de la MM con el uso de la metodología cualitativa permite comprender la manifestación de ésta, según el contexto cultural. Dicho enfoque nos lleva a desglosar las causantes de la mortalidad materna por la diversidad de los hechos sociales y culturales que influyen en cada caso.

En este sentido, la perspectiva antropológica nos invita a explorar otros factores que no son comunes de reconocer. Algunos factores, conforme al contexto cultural en que se han explorado o que han sido resul-

tado de investigaciones, son: las costumbres, creencias respecto a la alimentación, percepción de riesgos, significados del embarazo, del hijo, de la maternidad, presencia de rituales, religión, política y, finalmente, usos y costumbres del matrimonio.^{14,15,17-20}

El tema de familias y redes sociales son contenidos que han sido considerados en trabajos del área social, en los cuales se ha explorado lo relacionado a las labores del hogar, a la influencia de las prácticas del cuidado de la salud, sistemas de control —suegra, marido—. Asimismo, el género es un tema central para el estudio de la muerte materna, pues se describe la dominación del hombre y de la comunidad médica sobre la mujer; el contenido de la identidad femenina ligada a la maternidad; el lugar que ocupa la mujer en la familia y en la comunidad; y los significados de ser hombre y ser mujer.^{16,17,20-23}

Otro tema, de hecho muy recurrente en trabajos sobre muerte materna, es la violencia, en la cual se exploran diversas manifestaciones de ésta, como son: el homicidio, el suicidio, agresiones por parte de la pareja, violencia sufrida desde la niñez, abuso sexual y físico, económico y psicológico, maternidad forzada y violencia por ambas partes.^{10,11,14,24}

Si analizamos los factores mencionados, podemos decir que la conducta de las personas está determinada por su contexto cultural, y puede llevarlas a tener prevención o no respecto a su condición reproductiva. Por tal motivo, el conjunto de factores socioculturales son, en cierta medida, determinantes de la presencia de la muerte materna, ya que influyen en la conducta de la mujer embarazada, siendo entonces el contexto cultural clave para entender temas como las creencias respecto al cuidado prenatal, a los alimentos “correctos o incorrectos” que deben ingerirse durante el embarazo o postparto, las actividades que deben o no realizar de acuerdo a las semanas de gestación y durante la cuarentena, etcétera.

Lo anterior justifica, en cierta manera, el por qué de la importancia de conocer y reconocer, desde la percepción de la mujer, el contenido del cuidado prenatal, que va más allá de los lineamientos médicos. Es de reconocer, por tanto, cómo los determinantes sociales y culturales influyen en la toma de decisiones de la mujer embarazada y su entorno —familiares y personas cercanas—, lo que determina su conducta respecto al cuidado prenatal y, por ende, el desenlace del embarazo.

Con lo anterior, no se intenta restarle importancia a las recomendaciones médicas sobre el control prenatal; por el contrario, se pretende que el reconocimiento de los causantes sociales y culturales, según el contexto, sea complementario para entender el fenómeno de la muerte materna, y en ese sentido, al reconocer la diversidad causal, tal vez se visualicen elementos para crear propuestas que contengan enfoques diversos con el fin de disminuir la presencia de la muerte materna.

Por tal motivo, en el siguiente apartado se propone una estrategia metodológica que rescata los estudios realizados que tienen como base la visión social y antropológica, así como la epidemiológica. El intento es, con base a trabajos previos sobre muerte materna, proponer una metodología que interiorice los enfoques de algunas investigaciones según el área, y de tal manera proponer elementos estratégicos para un abordaje diferente al tema de la muerte materna.

UNA ESTRATEGIA METODOLÓGICA SOCIOCULTURAL (EMSC)

Si bien, como ya se observó, se han realizado diversos estudios sobre MM con enfoque antropológico, los cuales han permitido una mayor comprensión del fenómeno y, por tanto, el reconocimiento de algunos factores socioculturales como determinantes en los desenlaces maternos, es prudente rescatar dicha metodología como base para la presente propuesta metodológica.

La intención de la propuesta de la EMSC, es, en cierta medida, unificar los diversos enfoques metodológicos que hasta ahora se han aplicado al estudio de la MM desde el enfoque social, antropológico y epidemiológico, con el fin de dar elementos para un estudio más exhaustivo.

Primero tenemos que reconocer que la presencia de la MM tiene un sentido específico de acuerdo al contexto social y cultural, en el cual las características sociodemográficas juegan un papel importante para entender el fenómeno de la MM, pues las condiciones específicas de la mujer embarazada le dan cierto matiz al desenlace del embarazo.

Pensemos, por ejemplo, en el factor edad. Se sabe que la edad de la mujer embarazada es un factor determinante en el desenlace de un embarazo, ya que según el Instituto Nacional de Perinatología²⁵

se considera un embarazo de alto riesgo aquel que se presenta en menores de 16 y mayores de 35 años de edad. En este sentido, en algunos lugares, por cuestiones culturales, los embarazos en menores de edad —antes de los dieciocho años— suelen ser mayormente vulnerables ante la presencia de la muerte materna. Lo anterior debido a que en algunas comunidades rurales el embarazo de menores de 16 años suele ser entendido como un evento común. Esto coloca a las jóvenes en situación de peligro, pues al no ser reconocido desde la percepción de la comunidad como un embarazo de alto riesgo, entonces los cuidados requeridos no tienen trascendencia; simplemente se vive el curso del embarazo como algo “normal”. Con lo anterior, lo que se quiere exponer, es precisamente, cómo la percepción que se tiene de la mujer embarazada en ocasiones deja de lado factores que pueden influir en una muerte materna como podría ser la edad, lo cual es un signo de alarma.

Desde otro enfoque, las jóvenes menores de 16 años que comienzan su reproducción a temprana edad, son propensas a tener varios embarazos durante su ciclo de vida reproductiva —recordemos que el proceso reproductivo de una mujer en promedio termina a los 45 años de edad—. Lo anterior hace más vulnerable a las jóvenes de 16 años de edad, en comparación con aquellas mujeres que comienzan su vida reproductiva a los 25 años, pues pensemos que las primeras, posiblemente a sus 25 años de edad, ya tengan de dos a tres hijos, mientras que las segundas comenzarían su reproducción contando con menos tiempo del ciclo, es decir, menor descendencia. En este sentido, la reproducción a edades tempranas (viable para varios embarazos) es un factor posible para la presencia de la muerte materna.

También la condición económica y el tipo de alimentación —que van unidas— son factores que determinan el tipo de desenlace de un embarazo. Ahora bien, se ha demostrado en la sociedad occidental que en algunas familias la distribución de alimentos se presenta inequitativamente entre los miembros, siendo privilegiado, en primera instancia, el padre de familia y posteriormente los hijos varones, seguido de las hijas, y por último la madre, independientemente de su condición reproductiva.^{26,27} Lo anterior se traduce en un problema de salud pública, sobre todo para la mujer embarazada.

Sabemos que las implicaciones en el tipo y porción de alimento para la mujer embarazada son básicas

para ella y, por ende, para el crecimiento del producto; por lo tanto, al ser culturalmente impuesta la jerarquización en la distribución de alimentos, así como el tipo de alimento que le corresponde a cada miembro, se traduce en una inequidad alimenticia y, por consecuencia, en un problema de salud pública que puede influir en la muerte materna. Entonces, la percepción según la comunidad, la familia o la sociedad respecto al tipo de distribución alimenticia es determinante para el cuidado prenatal, así como en el desenlace de un embarazo.

Con ambos ejemplos, se explica una parte de lo que vendría siendo la propuesta metodológica. En primer momento, es conveniente que en todo estudio se consideren las características sociodemográficas a través de instrumentos de investigación como base para describir el contexto en el cual se realiza el trabajo. ¿Cuál sería para esta parte la propuesta? Si bien los datos concretos son necesarios, se propone que dicha información también se rescate considerando las percepciones específicas según el contexto, es decir, tal y como fue ejemplificado anteriormente para los factores de edad, condición económica y alimentación.

Para ello, es necesario colocar la variable dependiente —en este caso, el cuidado prenatal para conocer el fenómeno de la muerte materna— como guía para entender desde las percepciones de los sujetos dichos factores. Esto es, precisar si dichas condiciones sociodemográficas son consideradas desde los sujetos como factores importantes para el cuidado prenatal. Al ser así, entonces podríamos hablar de una conducta preventiva que no permitirá posiblemente la presencia de una muerte materna, pero al no ser consideradas, tal vez la presencia de la muerte materna sea más factible.

Aclaremos qué se entiende por “considerar”; me refiero a la propia dinámica cultural particular de una comunidad, familia, etcétera. Esto es, qué tanto la edad o la distribución de los alimentos son entendidos como normales durante el embarazo, por lo que es necesario tomar en cuenta hasta qué punto dentro de la dinámica social es aceptable que una mujer de 16 años de edad se embarace, así como que ella sea la última en acceder a los alimentos. En este sentido, sin el afán de intervenir con las costumbres locales, es necesario considerar las creencias, prácticas y comportamientos, pues nos permitirán tener más elementos de juicio para la creación de programas

sobre el cuidado prenatal “real” que cubra las necesidades específicas, y con posibilidades de prevenir una muerte materna.

Por tanto, es necesario construir un guión de entrevista que permita rescatar los aspectos socio-demográficos —edad, ocupación, escolaridad, estado civil y religión— pero con un enfoque cualitativo, con el fin de salvar posibles determinantes culturales de la muerte materna. Esto es, la propuesta de análisis consiste en disgregar cada una de las variables sociodemográficas, “por ejemplo, si se toma la variable escolaridad, no es suficiente mencionar si la mujer tiene educación básica, pues este concepto abarca varios grados escolares (seis de primaria y tres de secundaria). La intención es identificar cuál es el grado más frecuente en el bloque de educación básica en el grupo de mujeres en estudio, para que con dicho resultado se pueda realizar un análisis más específico y, de esta manera, tener argumentos concretos sobre las características sociodemográficas como posibles factores de riesgo”;²⁸ en este caso, para la presencia de la muerte materna.

Si recordamos los resultados mencionados en la literatura revisada, en varios de ellos se reconoce que el contenido del contexto cultural^{10,12-15} —creencias sobre el cuidado del embarazo, conocimiento de signos y síntomas de urgencia, antecedentes de violencia y abuso sexual, alcoholismo, género— es un factor determinante en el comportamiento de hombres y mujeres, así como en los integrantes de cierta comunidad en el cuidado del embarazo. En este sentido, es conveniente siempre rescatar lo suficiente sobre las prácticas específicas que nos interesan explorar, es decir, tomar en cuenta que el comportamiento del cuidado prenatal, determinado por la tradición, lleva a favorecer o no el desenlace de un embarazo, así como la “garantía” de estabilidad o no de la mujer en etapa postparto (42 días).

En otro sentido, es conveniente tener en claro a los sujetos de estudio, pues para el tema que nos compete se tendrían que considerar dos momentos: Prevención y Reconstrucción.

El momento de Prevención hace referencia a los cuidados que la mujer tiene durante su embarazo; esto es, al tipo de alimentación, asistencia a consultas institucionales o con la partera, la presencia o no de violencia familiar... Sin olvidar la importancia que conlleva el contexto sociocultural. Recordemos que las prácticas que se derivan del contexto cultural son

determinantes en el comportamiento de las personas y, en este caso, en la conducta prenatal. Entonces, la prevención es la conducta del cuidado prenatal que tenga una mujer según su contexto sociocultural, sin descartar las indicaciones médicas.

En este sentido, la información “ideal” para este momento sería la que se adquiere de manera directa, es decir, la que se obtiene de la mujer embarazada, quien claramente está al tanto de su embarazo. Asimismo, si se desea obtener información indirecta pero fidedigna, los familiares es otro grupo de informantes que pudieran proporcionar lo buscado.

El otro momento que denominamos Reconstrucción es aquél en el cual se recrean algunos episodios de la mujer fallecida respecto a su conducta durante el embarazo y/o de los 42 días postparto. Dicha recreación se da a través de los testimonios de la pareja, los familiares y de personas cercanas a la mujer. Con la información etnográfica recabada, lo que se pretende es tener un panorama en conjunto de los cuidados que la mujer tuvo en ambos periodos reproductivos.

Para este momento, los informantes “ideales” serían los familiares y las personas cercanas, sin dejar de lado los posibles “testigos”, como por ejemplo los propios médicos, y en general el personal de salud, o en su caso la partera; así también, las personas responsables de levantar las actas de defunción, ya que ellas juegan un papel importante, pues son las encargadas de asentar en las actas el diagnóstico del fallecimiento. Por tanto, al no ser registrado correctamente el origen de la pérdida, es decir, al diagnosticar otro causante fuera de la muerte materna, siendo ésta el motivo, esto lleva a crear subregistros que implican un desfase de la realidad y, por el contrario, cuando la causa no es la mortalidad materna, se llegue a registrar como tal.

Esto último es de suma importancia, pues los subregistros no sólo son una equivocación del llenado de las actas de defunción traducida en porcentajes o tasas. Es mucho más complejo, al no saber en realidad cuántas muertes ocurren, y las causantes de la mortalidad materna implican limitarse en propuestas y estrategias factibles para combatir el fenómeno, convirtiendo la MM en un serio problema de salud pública, lo que implica irresponsabilidad en el ejercicio de los derechos de las mujeres y de su salud reproductiva. En este sentido, vemos la importancia no sólo de considerar a los que realizan el llenado de las actas de defunción como informantes

claves, sino de realizar investigaciones documentales en lugares concretos, desde municipios hasta registros estatales.

Otro de los puntos a tomar en cuenta serían las técnicas e instrumentos de aplicación, los cuales elementalmente dependen del objetivo a explorar dentro del fenómeno de la MM, así como la población o sujetos de estudio.

Para ambos momentos —prevención y reconstrucción— es de suma importancia la entrega de la carta de consentimiento informado, en la cual se explique con detalle el motivo de la investigación, quedando clara la participación de los informantes y los instrumentos de aplicación para obtener la información. Es importante también garantizar el anonimato de los participantes, sobre todo porque se trabajará con sus experiencias de vida. Es necesario que testigos firmen la carta de consentimiento informado.

Usualmente, la técnica que se utiliza para ambos momentos son las entrevistas en profundidad, las cuales consisten en reiterados encuentros cara a cara entre el investigador y los informantes, dirigidos hacia la comprensión de las percepciones que tienen los informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, tal como lo expresan con sus propias palabras.²⁹ Dicha técnica ayuda a recabar, desde las percepciones de las personas, la información requerida; por lo tanto, podemos decir que es fidedigna la indagación en términos de experiencia y percepciones de los sujetos involucrados.

Para llevar a cabo dichas entrevistas es necesario construir un guión —instrumento— que permita explorar el o los objetivos de la investigación mediante preguntas abiertas, con el propósito de profundizar en el contenido. Es conveniente que el guión se divida por temas, pero sólo para la organización de las entrevistas, pues no necesariamente dicha estructura se tiene que seguir al pie de la letra para el análisis.

Es necesario conocer el perfil de las personas que se van a entrevistar, por lo cual se debe crear una ficha de identificación, que incluya nombre completo de la o del sujeto, ocupación, escolaridad, edad, lugar de nacimiento, residencia actual, y lo que uno considere conveniente para tener el perfil completo de la persona. Además, la ficha de identificación servirá como registro, ya que se puede mencionar el número y tipo de caso que se entrevistará. También con el sentido de conocer más sobre la persona que se entrevistará, es necesario aplicar un cuestionario

socioeconómico, ya sea que se construya o se aplique uno que esté estandarizado.

Lo anterior permitirá tener un panorama desde la perspectiva sociocultural del estudio de la muerte materna, desde la descripción de las propias mujeres embarazadas o de los “testigos” del cuidado prenatal de aquella mujer que falleció.

CONCLUSIONES

Podemos decir que la EMSC, desde la perspectiva antropológica y social para el estudio de la muerte materna, permite comprender el fenómeno desde la propia dinámica sociocultural de las personas involucradas —mujeres embarazadas y familiares de una muerte materna—. La causa de muerte materna es igualmente variante, como en el caso de los aspectos biológicos, puesto que las experiencias de la vida reproductiva entre una mujer u otra son distintas, es decir, las percepciones permeadas por el contexto cultural determinan ciertamente la conducta de las mujeres en su condición reproductiva, construyendo su historia de vida, la cual puede o no terminar en una muerte materna.

Por lo tanto, es importante que no se deje de lado, como explicaciones posibles de una muerte materna, todos aquellos factores sociales y culturales que permitan comprender a profundidad parte de los causantes, ya que con dicha información se pueden crear programas de atención en los cuales la parte sociocultural ocupe un espacio importante, pues se tendría una visión global y, con ello, posibles soluciones que permitan disminuir la mortalidad materna.

REFERENCIAS

1. Shah IH, Say L. Maternal mortality and maternity care from 1990 to 2005: uneven but important gains. *Reproductive Health Matters*. 2007; 14: 17-27.
2. Ronsmans C, Graham WJ, on behalf of The Lancet Maternal Survival Series steering group. Maternal mortality: who, when, where, and why. *The Lancet* 2006; 368(9542): 1189-200.
3. PNS Secretaría de Salud [sitio internet] México: Secretaría de Salud. 2008 [revisado 26 de marzo] en: <http://www.salud.gob.mx>
4. Danel I, Berg C, Johnson C, Atrash H. Magnitude of maternal morbidity during labor and delivery: United States, 1993-1997. *Am J Public Health* 2003; 93: 631-4.
5. CDC - Centers for Disease Control and Prevention Safe Motherhood: Preventing Pregnancy-Related Illness and Death 2001 - Atlanta. 2001.

6. Who & UNICEF. Antenatal Care in Developing Countries. Promises, achievements and missed opportunities. An analysis of trends, levels and differentials, 1990-2001. 2003.
7. Lozano A et al. Evolución y tendencias de largo plazo de la mortalidad materna en México: análisis de factibilidad y efecto potencial de intervenciones seleccionadas para el cumplimiento de las metas del milenio en Zuñiga E. (Coord) México ante los desafíos del Milenio, CONAPO. 2005; 167-192.
8. OMS. Las madres y los niños son importantes y su salud también. Informe sobre la salud en el mundo 2005. Cap. 1
9. Brofman-Pertzovsky M, López-Moreno S, Magis-Rodríguez C, Moreno-Altamirano A, Rutsein S. Atención prenatal en el primer nivel de atención: características de los proveedores que influyen en la satisfacción de las usuarias. Salud Pública Mex 2003; 45: 445-54.
10. Campero L, Walker D, Hernández B, Espinoza H, Reynoso S, Langer A. La contribución de la violencia a la mortalidad materna en Morelos. Salud Pública Mex 2006; 48 (Suppl 2): S297-S306.
11. Cuevas S, Blanco J, Juárez C, Palma O, Valdez-Santiago R. Violencia y embarazo en usuarias del Sector Salud en estados de alta marginación en México. Salud Pública Mex 2006; 48 (Suppl 2): S239-S249.
12. Espinoza H, Hernández B, Campero L, Walter D, Reynoso S, Langer A. Muertes maternas por aborto y por violencia en México: narración de una experiencia en la formulación e implementación de una metodología de investigación. Perinatol Reprod Hum 2003; 4: 193-204.
13. Freyermuth EG, Villalobos VI, Argüello H, De la Torre C. Urgencia obstétrica y saber popular en Tenejapa, Chiapas. Perinatol Reprod Hum 2006; 4: 60-8.
14. García-Barrios C, Castañeda-Camey X, González-Hernández D, Langer-Glas. Percepción de las parteras sobre factores de riesgo reproductivo. Salud Pública Mex 1993; 1: 74-84.
15. Herrera-Torres MC, Cruz-Burguete JL, Robledo-Hernández GP, Montoya-Gómez G. La economía del grupo doméstico: determinante de muerte materna entre mujeres indígenas de Chiapas, México. Rev Panam Salud Publica. 2006; 19: 69-78.
16. Hernández B, Langer A, Romero M, Chirinos J. Factores asociados a la muerte materna hospitalaria en el Estado de Morelos. Salud Pública Mex 1994; 36: 521-8.
17. Elu MC. La luz enterrada. Estudio antropológico sobre la mortalidad materna en Tlaxcala, Fondo de Cultura Económica: México; 1993.
18. Freyermuth EG. Mortalidad materna: género, familia y etnia en Chenalhó. Revista Nueva Antropología 1997; 53-52 (XVI): 141-66.
19. Calsada L, Lozano-Santone P. Perinatal health care issues of Mexican women. In: Shah MA. Transcultural aspects of perinatal health care: A resource guide. Tampa FL: National Perinatal Association. p. 225-241.
20. Rodríguez-Angulo EM, Montero-Cervantes L, Anduela-Pech G, Manrique-Vergara W. Características médico-sociales de las muertes maternas en una comunidad maya en Yucatán, México. Ginecol Obstet Mex 2007; 75: 79-85.
21. Infante-Castañeda C. Utilización de servicios de atención prenatal: Influencia de la morbilidad percibida y de las redes de ayuda. Salud Pública Mex 1990; 32: 419-29.
22. Ballesté M. Analizando la mortalidad materna en el Distrito Federal, desde una perspectiva de género. 3ª Conferencia Nacional sobre Maternidad sin riesgos en México; 2003.
23. Tamez-González S, Valle-Arcos R, Eibenschutz-Hartman C, Méndez-Ramírez I. Adaptación del modelo de Andersen al contexto mexicano: acceso a la atención prenatal. Salud Pública Mex 2006; 48: 418-29.
24. Valdez-Santiago R, Sanín-Aguirre LE. La violencia doméstica durante el embarazo y su relación con el peso al nacer. Salud Pública Mex 2006; 38: 352-62.
25. INPerIER [Sitio internet] Embarazo de riesgo elevado. 2009 [revisado el 19 de agosto de 2009] en: http://www.inper.edu.mx/riesgo_elevado.html
26. Humanitarian Reform [Sitio internet] Gender and food. 2009 [revisado el 27 de agosto de 2009] en: http://www.humanitarianreform.org/humanitarianreform/Portals/1/cluster%20approach%20page/clusters%20pages/Gender/Gender%20Toolkit/S_GH_07_FoodIssues.pdf
27. OPS [Sitio internet] Género y seguridad alimentaria. 2009 [revisado el 03 de septiembre de 2009] en: <http://www.paho.org/spanish/ad/ge/foodsecuritysp.PDF>
28. Chávez-Courtois M. Presencia de la depresión perinatal y la relación madre-infante. Estrategia metodológica para una mirada sociocultural. Diversitas. 2008; 1: 101-11.
29. Taylor SJ, Bogda R. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados. Buenos Aires: Paidós Básica; 1987.

Correspondencia:

Dra. Mayra Chávez-Courtois

Montes Urales Núm. 800,
Col. Lomas de Virreyes,
Deleg. Miguel Hidalgo 11000
México, D.F.
Teléfono: 5520 9900 ext. 459
Fax: 5540 2947
Correo electrónico: courml@yahoo.com.mx