

Urgencia obstétrica y saber popular en Tenejapa, Chiapas

GRACIELA FREYERMUTH ENCISO,^a IVONNE VILLALOBOS VÁZQUEZ,^b HILDA ARGÜELLO,^c CECILIA DE LA TORRE^d

RESUMEN

Objetivo: Establecer la relación entre el conocimiento de la población en edad reproductiva, respecto a los signos y síntomas de urgencia obstétrica y algunas variables consideradas como significativas y que han mostrado su origen en estas prácticas; así como, indagar sobre las opciones de atención a la salud que los pobladores eligen cuando se presenta una complicación durante la maternidad, en cuatro comunidades de un municipio indígena de Chiapas.

Material y método: Se realizó un muestreo por conglomerados en las localidades del Municipio de Tenejapa, Chiapas. En las cuatro localidades seleccionadas se aplicó un censo para conocer el número de hombres y mujeres en edad reproductiva. La selección de los informantes, a los que se les aplicó la encuesta, se realizó a través de una tabla de números aleatorios. Además de incluir en la encuesta preguntas en las que se examinaban los conocimientos sobre los signos y síntomas de urgencia obstétrica, se indagó sobre aquellas variables consideradas significativas en las prácticas de interés, a saber: edad, sexo, escolaridad, número de hijos, conocimiento del castellano, uso de servicios de salud y la frecuencia con que se escucha la radio.

Resultados: Se entrevistaron a 417 personas, con una tasa de no respuesta de 13%. Cerca de 50% de los entrevistados no identifican los signos de urgencia obstétrica; y aunque la intención de acudir a los servicios de salud para la atención es elevada, la mitad de la población no lo hace. Las parteras siguen jugando un papel preponderante en la atención durante la maternidad. En este municipio, está lejana la atención universal del parto por personal profesional, por lo que privilegiar la atención de la urgencia obstétrica puede ser una estrategia especial.

PALABRAS GUÍA: Mortalidad materna, urgencias obstétricas, Chiapas, conocimientos, indígenas.

^a Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social del Sureste. Carretera a Chamula km 3.5 Barrio Quinta San Martín C.P. 29247 San Cristóbal de Las Casas, Chiapas, México.

Correo electrónico: gfreyer@ciesas.edu.mx

^b Universidad Autónoma Metropolitana-Azcapotzalco.

^c Egresada de la Maestría en Antropología Social en CIESAS Sureste.

^d Becaria en el Proyecto Mortalidad Materna en Regiones Indígenas de Chiapas, financiado por CONACYT (CIESAS-Sureste).

Recibido: 28 de agosto de 2006.

Aceptado: 10 de noviembre de 2006.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS)^{1,2} ha centrado su estrategia para abatir la mortalidad materna en la atención universal de los embarazos, partos y posparto, a cargo de personal profesional o calificado. Considerando como personal profesional a médicos ginecoobstetras, médicos generales, parteras profesionales y enfermeras obstetras. Se

argumenta que esta atención profesionalizada del parto asegurará la detección y tratamiento oportuno de la urgencia obstétrica, tanto en el primero, como en el segundo nivel de atención.^{1,2} Como parteras tradicionales se denominan a aquellas mujeres que atienden partos en la comunidad, que son independientes del sistema de salud y no han sido entrenadas formalmente. La OMS las excluye de la definición de personal capacitado.

Una segunda propuesta ha sido promovida por el *Averting Maternal Death and Disability Program* (Columbia University, NY), encaminado a resolver la atención obstétrica de emergencia. Este plan se basa en los supuestos de que un embarazo, parto o posparto de evolución normal, puede ser tratado por una partera, o incluso, por los familiares de la mujer. Por otro lado, también postula que la población en general debe contar con los conocimientos necesarios para identificar los signos de emergencia obstétrica y derivar oportunamente a los servicios de salud, de primero y segundo niveles, a las mujeres que sufren complicaciones, buscando la resolución de los problemas a través de estos servicios.

La diferencia básica, entre ambas propuestas, es que en la primera, se privilegia la atención universal calificada del parto; mientras que la segunda, enfoca la atención calificada hacia los casos complicados.³ Ambas persiguen abatir la mortalidad materna mediante la detección y tratamiento oportuno de la urgencia obstétrica.

Seguimientos realizados en el ámbito nacional e internacional han revelado que el control prenatal *per se*, no es un recurso suficiente para prevenir la mortalidad materna. Esto ha obligado a la OMS⁴ a evaluar los modelos de atención prenatal para considerar estrategias que incluyan solamente intervenciones cuya eficacia está basada en evidencias científicas. Las propuestas actuales para llevar a cabo el cuidado prenatal, implican la reducción del número de consultas,

exámenes y procedimientos clínicos.^{5,4}

Desde este nuevo paradigma, se utiliza a la consulta prenatal como un espacio educativo y de asesoramiento que ayude a las mujeres embarazadas a identificar signos de riesgo y a establecer un plan de acceso a los servicios adecuados en caso de sufrir una urgencia obstétrica.

Chiapas mantiene uno de los niveles de mortalidad materna más altos del país, y en San Cristóbal de Las Casas se ubica el centro jurisdiccional de la Secretaría de Salud que registra el mayor número de casos en el estado. En Chiapas, la tasa de mortalidad materna se duplica en los municipios con predominio de hablantes de lengua indígena (HLI),* y en estos municipios es, al mismo tiempo, dos veces mayor la proporción de mujeres que mueren sin recibir atención médica.⁶

La región de Los Altos de Chiapas es una de las ocho zonas socioeconómicas en que se divide el estado. Cuenta con 18 municipios, 15 de los cuales tienen población mayoritariamente indígena. En esta región se concentra la tercera parte de la población indígena del estado con un nivel de monolingüismo (referido a la lengua indígena) superior en 32.6% al promedio estatal. Una gran parte de la población indígena puede considerarse como rural, y casi 70% se encuentra dispersa en parajes y rancherías de complejo acceso y difícil comunicación, las cuales no disponen de los servicios más elementales.

Es una de las regiones más pequeñas de la entidad, después de la Sierra, y ostenta una densidad de población mayor que el promedio nacional y estatal. Casi la totalidad de sus municipios indígenas están clasificados con un grado de marginación muy alta,** lo que la sitúa como la de mayor marginación del estado.

Varias organizaciones agrupadas en la denominada, Red Social Contra la Muerte Materna en Chiapas (RED), pusieron en marcha un Proyecto Piloto de Intervención, a fin de promover una Maternidad Segura en el

* Nos referimos a aquéllos con más de 69% de hablantes de lengua indígena.

** El índice de marginación se utiliza en la administración pública para la planeación. Es una técnica de componentes principales que incluyen, para el análisis, variable relacionadas con educación, vivienda, ocupación y características de la localidad.



Municipio de Tenejapa, usando variadas estrategias, como: capacitación, comunicación, abogacía y monitoreo. El proyecto se ha centralizado en este municipio, previa propuesta del Instituto de Salud de Chiapas (ISECH).⁷

Tenejapa tiene servicios de salud que cuentan, por lo menos, con atención médica en nueve localidades y la cabecera municipal. Cuatro pertenecen al ISECH y siete al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)-Oportunidades. Tanto el Programa IMSS-Oportunidades, como el ISECH, brindan atención en la cabecera municipal, población en la cual, desde septiembre de 2005, el ISECH ofrece servicios durante las 24 horas de los 365 días del año. Prácticamente todas las localidades cuentan con un auxiliar, asistente o promotor de salud, que en su mayoría son varones. También existe un número elevado de parteras (cuando menos unas cincuenta en un censo reciente). Son 23 las localidades que no tienen posibilidad de trasladar a las mujeres con complicaciones durante las 24 horas de los 365 días del año.⁸ Los médicos de la región han manifestado que las mujeres "rara vez" acuden a las clínicas para la atención del parto, viendo reducido su papel en este campo al de "vigilantes"; esto es, de supervisores de las actividades de las parteras, las cuales son en realidad quienes atienden los partos. La disponibilidad reciente de una clínica en la cabecera municipal (que funciona las 24 horas del día) ha incrementado la demanda del Servicio de Obstetricia.

El objetivo del presente trabajo fue establecer el grado de conocimiento de la población en edad reproductiva de cuatro localidades de Tenejapa, respecto a los signos y síntomas de urgencia obstétrica y cuáles son las opciones de atención de la salud que eligen cuando se requiere atención. En segundo lugar, reconocer si había una relación significativa entre el conocimiento de las personas entrevistadas, sobre las urgencias obstétricas y ciertas características de interés y, finalmente, identificar la frecuencia con que se escucha la radio (registrando horarios y tipo de estación), a fin de evaluar el

potencial efectivo de las campañas educativas, a través de este medio, a fin de dirigirlas adecuadamente.

M E T O D O L O G Í A

El diseño metodológico para la selección de la muestra estuvo a cargo de consultores de Investigación en Salud y Demografía (INSAD). Se realizó un muestreo de comunidades por conglomerados -divididas por número de viviendas- y se seleccionaron las localidades a partir del número de viviendas a través de tres rangos: 150 viviendas y más, entre 149 y 50, y menos de 50. Esto nos dio una muestra de cuatro localidades, una de ellas con más de 150; una entre 149 y 50; y dos con menos de 50.

Se realizó un censo de los habitantes que incluyó a todos los hombres de 15 a 59 y mujeres de entre 15 y 49 años. El informante se seleccionó a través de una tabla de números aleatorios creada *exprofeso*.

El equipo de trabajo de campo estuvo constituido por siete personas, todas ellas bilingües de las lenguas *tseltal* y castellano, y una entrevistadora trilingüe (castellano, *tsotsil* y *tseltal*). El cuestionario incluyó preguntas en *tseltal*, conservándose las respuestas en castellano. Esto homogenizó la manera de hacer las preguntas y facilitó la captura de la información. La traducción estuvo a cargo de las y los encuestadores, bajo la supervisión de la coordinadora del trabajo de campo. El trabajo de traducción y capacitación de los encuestadores fue realizado durante el mes de junio de 2005. Las actividades de campo se llevaron a cabo entre los meses de julio y agosto. El respaldo de los comités comunitarios de salud y de los auxiliares de salud fue fundamental para llevar a buen término el trabajo de campo, obteniéndose la colaboración -de los residentes de las tres localidades de menos de 150 viviendas-, para permanecer en sus hogares el día de la encuesta. Ello facilitó el aplicar el cuestionario a las personas elegidas, durante la primera visita a la vivienda, en un considerable número de casos.

La variable de interés fueron la percepción de riesgo obstétrico y las variables con las que

buscamos una relación estadísticamente significativas fueron:

1. Sexo, pues determina ciertos roles de género diferenciados, como el de la "mujer cuidadora de la familia". Esto necesariamente llevaría a un mayor conocimiento sobre la salud y la enfermedad. Esperábamos que las mujeres poseyeran más experiencia que los hombres en este tipo de complicaciones. Adicionalmente, las mujeres han sido la población objetivo de programas como Oportunidades, una de cuyas metas es mejorar la salud materno infantil.
2. Conocimiento del castellano, ya que el dominio de esta lengua redunda en una mejor comunicación con el personal de salud, de mayoría mestiza. Se suponía que la población hablante de español podría haber desarrollado una cultura de la salud, resultante de las campañas institucionales, emitidas las más de las veces en esta lengua.
3. Asistencia a los servicios de salud, en la medida en que el médico proporciona pláticas sobre maternidad segura.
4. Escolaridad, variable que se ha asociado tradicionalmente con el riesgo de morir prematuramente durante la maternidad.
5. Número de hijos, ya que esta experiencia obliga a las personas a informarse sobre los riesgos que pueden ocurrir durante la maternidad.
6. Uso de la radio, en las localidades indígenas la radio sigue siendo el recurso más utilizado para el entretenimiento y la obtención de información.

Las encuestas se codificaron, capturaron y analizaron a través del *Paquete Estadístico para Ciencias Sociales (SPSS)*. Para identificar los factores de riesgo se calculó la razón de momios con un intervalo de confianza de 95%. Posteriormente, las encuestas se codificaron y se capturaron en una base de datos y se analizaron a través del programa SPSS. Se aplicó la prueba de hipótesis χ^2 para establecer si existía una relación significativa entre algunas variables de

interés. Todas las variables fueron de tipo categórico. Se utilizó un valor de $p < 0.05$ para aceptar asociación estadística.

RESULTADOS

El censo realizado identificó 559 viviendas, de las cuales, 63 no estaban habitadas; cuatro viviendas estaban en construcción y 23 no contaban con informantes en el intervalo de edad elegible. En 29 de las 459 viviendas elegibles, los residentes se negaron a participar, nueve de ellas estaban destinadas a negocios y en 14 se realizó la visita en cuatro ocasiones, sin encontrar a la persona seleccionada. El índice de no respuesta, por lo tanto, fue de 13%, cifra que se consideró dentro de los valores aceptables.

La población de estudio estuvo constituida por 179 hombres y 238 mujeres, de los cuales 57% eran menores de 30 años. El 18% no había tenido instrucción escolar; una mayoría (53.2%) tenía estudios incompletos y completos de primaria, y solamente 2.9% había cursado estudios de licenciatura. De este universo, 23% eran solteros, 10% eran viudos, separados o divorciados, y el resto estaban casados o vivían en unión libre. Son hablantes de lengua *tseltal*, 91% de las personas entrevistadas; 16% hablan *stotsil* y 64% español. Un porcentaje muy elevado (casi 50%) entiende el *tsotsil* y 21% el español, aunque no tengan el dominio suficiente para hablarlo. Uno de los entrevistados declaró hablar inglés. Finalmente, un gran porcentaje de la población (71%) había tenido hijos.

Su saber

De las 417 personas entrevistadas, 186 (44.6%) no reconocieron de manera espontánea un signo o síntoma de urgencia obstétrica durante el embarazo, 220 (52.7%) no lo reconocieron durante el parto y 218 (52.3%) durante el posparto. Es decir, cerca de la mitad de las personas no tenían conocimiento sobre los signos de riesgo que les debería hacer pensar que la esposa, hermana, madre, o ella misma, corren peligro durante la maternidad. La otra mitad se refirió al dolor como uno de los síntomas que evocan la



presencia de complicación (216 en los tres períodos). El sangrado fue identificado en 105 ocasiones como un signo de alarma en los tres períodos; la presión arterial elevada fue registrada en 32 ocasiones como signo de complicación durante el embarazo, y las crisis convulsivas ("ataques") referidas en 14 ocasiones. El parto fue el periodo en el cual se obtuvo un mayor número de respuestas de "no sabe" (220/417), y el menor durante el embarazo (186/417).

En el embarazo

Si analizamos las respuestas atendiendo al periodo en que ocurren las complicaciones, sólo 55% de la población percibió alguna señal de riesgo durante el embarazo. Las respuestas se concentraron en los que identifican alguna en: dolor abdominal bajo (15%), ausencia de movimientos fetales (9.4%), sangrado (8.2%) y dolor de cabeza (9%). La hipertensión arterial, la hemorragia y la hipomovilidad del feto, fueron signos y síntomas que también se mencionaron con frecuencia. Se aprecia que, en general, el dolor es visto como una señal de riesgo, si éste se presenta en el vientre, y no en otra parte del cuerpo.

En el parto*

Durante el parto, las respuestas se concentran en: parto prolongado, sangrado, mucho dolor, fiebre y retención placentaria. El 53% de los entrevistados no saben de alguna señal de riesgo en esta etapa.

En el posparto

Para el posparto se identificó con mayor frecuencia al "dolor del cuerpo y ventral" (casi 24% de los entrevistados), la fiebre (10%), la anemia o falta de apetito (10%) y el sangrado (9%). Más de la mitad de los encuestados (52.3%) no identificó señal alguna de riesgo posterior al parto. Sólo 65% respondió que,

de presentarse alguno de estos signos, acudiría a un médico u hospital.

Sus prácticas

Los resultados muestran que casi toda la población seleccionada consideraba necesario acudir con alguna persona para la vigilancia del embarazo (95%). De ésta, un alto porcentaje (65%) dijo que acudiría al médico o al centro de salud, 30% a la partera y sólo un pequeño porcentaje a sus familiares o suegra (5%). Otras opciones de atención son marginales. Sin embargo, cuando se indaga respecto a la búsqueda de ayuda para la resolución de una complicación de la maternidad, las opciones de atención se modifican, reapareciendo la partera en un mayor porcentaje; este personaje sería requerido en 35% de los casos. A la clínica, médicos, enfermeras y auxiliares de salud acudirían 49% de las y los entrevistados, y más de 12% buscaría la ayuda de vecinos o familiares, sobre todo, de la suegra. Llama la atención que en Tenejapa, el curandero, no destaca como una alternativa de atención durante la maternidad.** Como vimos, la mayoría acudiría a una institución de salud o a la partera de su comunidad.

El posparto es el periodo de la maternidad en el cual se solicita menos ayuda a individuos externos a la familia; solamente 59% de los entrevistados aceptó que acudirían con alguna persona para su cuidado, contrastando con 95% tratándose del embarazo o parto. Sin embargo, es el periodo que revela una mayor "medicalización" institucional, pues 85% de las personas que señalaron alguna opción, se refirió al personal de salud como la alternativa para consultar en el puerperio. La partera fue considerada en 9% de las respuestas y los familiares en 6%.

Otro aspecto relevante en este tema es que 50% de los entrevistados y entrevistadas cree que es bueno "apurar"

* Las preguntas estaban redactadas de la siguiente manera: *Cuando una mujer está embarazada: ¿Cuáles son las señas que le harían pensar que ella o su bebé pueden contar con problemas? Señalamos que es de manera espontánea porque el entrevistador no sugería una lista de posibles respuestas.*

** Se ha documentado en el municipio de Chenalhó que las familias acuden al Ihol, en caso de que se presente una complicación durante la maternidad Cfr. Freyermuth, Graciela, *Mujeres de Humo*, editorial Porrúa, CIESAS e Instituto Nacional de las Mujeres, 2003.

Tabla 1
Factores de riesgo de desconocimiento de síntomas de riesgo obstétrico

	Coneoce al menos un signo o síntoma		RM (IC 95%)
	No	Sí	
	N (%)	N (%)	
Edad años			
≤ 30	74 (31.36)	162 (68.56)	
> 30	35 (19.34)	146 (80.67)	1.90 (1.20-3.01)
Número de hijos			
1 a 2	57 (33.33)	114 (66.67)	
3 o más	52 (21.13)	194 (78.86)	1.86 (1.20-2.90)
Escucha la radio			
No	46 (35.65)	83 (64.34)	
Sí	63 (21.80)	225 (78.20)	1.98 (1.25-3.12)

χ^2 Edad = 7.664, p = 0.006;

χ^2 Número de hijos: 7.771, p = 0.005

χ^2 Escuchar radio: 8.768, p = 0.003

el parto, y que 22% conoce de “inyecciones para apurarlo”; de éstos, 14% afirma haberlas utilizado.

En vista de que la identificación de las señales de riesgo por los entrevistados –para las tres etapas de la maternidad– resultó muy limitada, decidimos definir como una categoría a aquéllos que identifican al menos un signo de alarma; la categoría complementaria la forman aquéllos que no identifican ninguna. Solamente encontramos correlación entre tres variables: Grupo de edad/identifica alguna señal de riesgo ($\chi^2 = 7.664$, p = 0.006); número de hijos/identifica alguna señal de riesgo ($\chi^2 = 7.771$, p = 0.005) y escucha la radio/identifica alguna señal de riesgo ($\chi^2 = 8.768$, p = 0.003 de dos colas) (Tabla 1).

Cabe destacar que el ser menor de 30 años, contar con uno o dos hijos, o no escuchar la radio, incrementó cerca de dos veces la probabilidad de desconocer los factores de riesgo obstétrico (Tabla 1).

DISCUSIÓN

Un estudio realizado en el año 2004 mostró que las clínicas de esta región no ofrecían servicio las 24 horas de los 365 días del año.⁹ Durante el año 2005, se inició el fortalecimiento

de los establecimientos de salud, tanto del ISECH como de IMSS-Oportunidades, para poner en marcha clínicas con servicio continuo (como ya se mencionó). Actualmente sólo existe una clínica con estas características en el municipio de Tenejapa; sin embargo, será necesario que la población (cuando ya estén instalados estos servicios) demande este tipo de atención al presentarse alguna urgencia obstétrica. Por ahora, los datos mostrados en la sección anterior señalan que 47% de las personas de las localidades seleccionadas no tienen conocimientos sobre los signos de riesgo que deben hacer pensar en la presencia de alguna complicación durante la maternidad.

Es un hecho contundente que las parteras juegan un papel preponderante en la atención del embarazo y el parto, y es alarmante que, casi 50% de los encuestados declaró no acudir a ningún servicio de salud institucional.

Se observa que la percepción de riesgo se asocia principalmente al dolor, cuando, en realidad, las complicaciones de la maternidad, acompañadas de este síntoma, son minoritarias. La hemorragia –generalmente indolora– fue la causa de 70% de los fallecimientos maternos reportados en 2003, por el ISECH en esta región.¹⁰ El dolor (ya sea abdominal o en forma

de cefalea), en una enfermedad inicialmente silenciosa como la toxemia del embarazo, suele aparecer hasta etapas más o menos avanzadas del padecimiento. Por su parte, la retención placentaria o la presencia de restos placentarios (causante de hemorragias e infecciones algunas veces fatales) no forma parte de los signos por los cuales la población solicitaría atención urgente en un establecimiento de salud.

Un porcentaje elevado de hombres y mujeres desconocen los signos y síntomas de una urgencia obstétrica; esto debe hacernos reflexionar acerca del impacto real de las charlas o talleres de educación para la salud, dirigidas a las mujeres, en sus formatos actuales. Ni las campañas del Sector Salud ni la asistencia a las clínicas tienen un impacto positivo, lo que debe llevar a reencauzar la consulta prenatal y las actividades educativas de los Programas Oportunidades y Por una Vida Mejor.

En el caso de la radio, se podría suponer que algún tipo de información obtenida por este medio, ha impactado positivamente en la adquisición de información, aunque también lo puede hacer negativamente. Esto último puede reconocerse en el uso de oxítóicos por la población entrevistada, ya que pudo saberse que 14% de los entrevistados ha utilizado estos medicamentos de manera inadecuada. Hemos descrito en otros trabajos cómo las farmacias promueven el uso de estos medicamentos, a través de propaganda radiofónica en las lenguas *tsotsil* y *tseltal*.

Llama la atención la pasividad con que la pareja –en este caso el hombre– se comporta durante la maternidad, limitándose a ser mero observador, movilizándose solamente, cuando la propia esposa, u otra mujer de la familia, han detectado un problema y se lo solicitan; no obstante, también llama la atención, el hecho de que, como se demostró antes, las mujeres no tienen mayor información que los hombres.

Los factores que inciden de manera más notable en la identificación de signos de riesgo, fueron: la experiencia de vida, la edad y el haber tenido hijos. Es decir, el hecho de que, cuando menos la mitad de esta población, haya acudido a la escuela, no se

traduce en un mayor bagaje de conocimientos útiles para la sobrevivencia. La escuela no está cumpliendo su papel de educar para la vida. Desafortunadamente, es la experiencia, a través de la maternidad o la paternidad, la que está haciendo posible que las personas adquieran un mayor conocimiento sobre las señales de riesgo. Información que cuando no se tiene, es pagada muchas veces con un alto precio: muertes maternas o discapacidades secundarias a las complicaciones sufridas durante la maternidad.

CONCLUSIONES

Gran parte de los pobladores de Tenejapa no identifican los signos de urgencia obstétrica, y por lo que no acuden oportunamente a los servicios de salud, en caso de que dichas complicaciones se presenten.

Las parteras siguen jugando un papel preponderante en la atención durante la maternidad. Aunque se señala la intención de acudir a los servicios de salud para la atención del parto, 50% de la población no lo hace.

En esta región todavía está lejana la atención universal del parto por personal profesional, por lo que privilegiar la atención de la urgencia obstétrica, puede ser una estrategia adecuada.

Es necesario poner en marcha campañas en lengua *tseltal* que aporten información sobre los signos de urgencia obstétrica. La radio parece ser un medio adecuado para ello.

Debe incluirse a los hombres en las actividades de educación para la salud materno-infantil. En las comunidades indígenas los varones juegan un papel central en la toma de decisiones, ellos deciden si una mujer se traslada a una clínica y son los gestores para este tipo de trámite. Las mujeres no cuentan con una mayor información que los hombres, por lo que también ellos deben capacitarse para reconocer los signos y síntomas de los problemas que eventualmente pueden llevar a la muerte a una mujer durante la maternidad. El compromiso de los hombres durante el periodo reproductivo, contribuiría a la toma de decisión informada y facilitaría el traslado y la demanda de servicios en los casos de urgencia obstétrica.

ABSTRACT

Objective: To establish the degree of awareness among the population who are old enough to have children regarding the signs and symptoms of obstetric urgency in an indigenous community. Another objective was to find out about the health care options chosen by the population in the event of a complication during pregnancy.

Material and method: It was carried out a sampling for conglomerates in towns of the county of Tenejapa, Chiapas. In the four selected towns a census was applied to know the number of men and women in reproductive age. The selection of informants, to those that were applied the survey, was carried out through aleatory numbers. Besides including in the survey questions in those that the knowledge were investigated on the signs and symptoms of obstetric urgency, one investigates that is on those significant considered variables in the practices of interest: age, sex, education, children's number, knowledge of Spanish language, use of health services and the regularity with the people listen the radio.

Results: We interviewed to 417 people, with a rate of non answer of 13%. The research shows that an important part of population (50%) doesn't recognize the signs of an obstetric urgency. It also shows that despite the fact that intention to access health care services is high, many people don't do it. It is also acknowledged that midwives continue to have a very important role during maternal care. Professional health care is not available in this municipality or it is a long distance away. Therefore, attention of obstetric urgency should be given priority status.

KEY WORDS: *Maternal mortality, obstetric urgency, Chiapas, knowledge, indigenous.*

REFERENCIAS

1. World Health Organization. Making pregnancy Safer: the critical role of the skilled attendant. Department of reproductive Health and Research. Geneve: 2004.
2. World Health Organization. Global Action for Skilled Attendants for Pregnant Women. Family and Community Health, Department of reproductive Health and Research. Geneve: 2004. Disponible en: www.who.int/reproductivehealth/publications/global_action_for_skilled_attendants.
3. AMDD, UNFPA. Para comprender las causas de las defunciones maternas. Módulo. Sistema de Aprendizaje a Distancia sobre Cuestiones de Población; 2002.
4. OMS. Nuevo Modelo de Control Prenatal de la OMS. Grupo de Investigación del estudio de Control Prenatal de la OMS, Ginebra: 2003. Disponible en: www.who.int/reproductive-health/publications/rhr_01_30_sp/RHR_01_30_4.sp.html
5. Carrolli G. Elementos del Paquete de Control Prenatal de la OMS, Diálogo de Expertos en Salud Materna y Perinatal. Organizado por Arranque Parejo en la Vida y Population Council, 3-5 de abril 2005.
6. Freyermuth G. Realidad y disimulo. Complicaciones e indiferencia social en Chiapas frente a la muerte femenina, presentada en el Seminario Permanente de Antropología Médica en Chiapas, CIESAS-SURESTE, San Cristóbal de las Casas, Chiapas, 28 de enero de 2006.



7. ISECH. Mortalidad Materna. Perfil epidemiológico, Vida Mejor, Arranque Parejo en la Vida, 2004.
8. Alonso C, Arguello H, Freyermuth G, Enciso. Red Social contra la Muerte Materna en Chiapas (RED SOCIAL), "Recomendaciones a partir del estudio de la Línea de Base en Tenejapa. Foro Nacional de Mujeres y Políticas de Población, ACAS, A.C. 2004. Carpeta.
9. Freyermuth G, et al. Maternidad Peligrosa. Evaluación de la Urgencia Obstétrica de Emergencia en los Altos de Chiapas. San Cristóbal de Las Casas CIESAS, INDESOL y Foro Nacional de Mujeres y Políticas de Población, 2004.
10. ISECH. Mortalidad Materna. Perfil epidemiológico, Vida Mejor, Arranque Parejo en la Vida, 2004.