



Muerte materna: una revisión de la literatura sobre factores socioculturales

Irma Romero-Pérez,* Georgina Sánchez-Miranda,* Eva Romero-López,* Mayra Chávez-Courtois†

* Psicóloga Social de la Universidad Autónoma Metropolitana-Iztapalapa.

† 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.

Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes.

RESUMEN

La muerte materna sigue siendo un problema de salud pública que afecta a las mujeres en edad reproductiva, principalmente aquellas que viven en zonas rurales o de alta marginación. Las investigaciones que se han emprendido sobre este tema, en su mayoría desde un enfoque médico, se han concentrado en conocer las enfermedades, riesgos, complicaciones o cuidados durante el embarazo, aborto voluntario e inducido, parto o puerperio. También este fenómeno se ha abordado desde otras disciplinas como la antropología y la sociología, que pretenden conocer la influencia de los factores socioculturales en la mortalidad materna. Por ello, el objetivo del presente trabajo fue la revisión de la literatura nacional e internacional que rescata esta perspectiva y que da cuenta de cómo las mujeres cuidan su embarazo, recuperando los significados y creencias que existen alrededor de la maternidad y que se traducen en prácticas cotidianas.

Palabras clave: Muerte materna, embarazo, factores socioculturales, género.

ABSTRACT

Maternal death remains a public health problem that affects women of reproductive age, particularly those living in rural or highly marginalized areas. Research that has dealt with this subject, mostly from a medical perspective, has focused on studying diseases, risks, complications or care during pregnancy, abortion, miscarriage, childbirth or puerperium. This phenomenon has also been approached from other disciplines, such as anthropology and sociology, which attempt to understand the influence of sociocultural factors on maternal death. Thus, the objective of this work is to review Mexican and international literature that incorporates this perspective and describes how women care for their pregnancy, recovering meanings and beliefs that exist around maternity that are converted into daily practices.

Key words: Maternal death, pregnancy, sociocultural factors, gender.

INTRODUCCIÓN

A pesar de los programas e investigaciones que se han realizado para conocer y combatir la mortalidad materna, ésta continúa siendo un problema de salud pública que presenta y aqueja a las mujeres en edad reproductiva. Sin embargo, este fenómeno adquiere mayores dimensiones en países en desarrollo como México o aquellos que pertenecen a América Latina, pues son lugares en los que existen diversas zonas urbanas y rurales con un alto nivel de marginación.

En gran medida, las investigaciones relacionadas con el tema, principalmente a nivel internacional,

se han hecho desde el enfoque médico, dando importancia a las enfermedades o complicaciones que surgen en algunos embarazos, productos de la historia médica de la paciente, los cuidados que ella tiene durante la gestación, así como las complicaciones en el parto y/o después del mismo. Por otra parte, la antropología, la sociología y otras disciplinas se han interesado en abordar este tema, indagando las cuestiones relacionadas con el contexto en el que viven las mujeres, proporcionando nuevos datos sobre la influencia que tienen los factores socioculturales en las muertes maternas.

Por lo anterior, en el presente trabajo se realizó una revisión de las diferentes investigaciones sobre

muerte materna que se han llevado a cabo a nivel internacional y nacional, desde una perspectiva sociocultural, las cuales se enfocan en dar cuenta de cómo las mujeres se cuidan a sí mismas y a su embarazo, en términos de las actividades que realizan, su alimentación, la convivencia con su familia y red social en general, su condición económica y si tienen acceso a los servicios de salud, tanto institucionales como tradicionales, así como la calidad de éstos. Asimismo, estas disciplinas sociales intentan recuperar los significados y creencias que existen alrededor de la maternidad, la salud y la enfermedad, que se traducen en prácticas.¹⁻⁴

A continuación, se presenta la revisión de la literatura que ha identificado y abordado algunos factores socioculturales; posteriormente, se realiza una discusión en la que se analizan posibles abordajes para la investigación de este problema de salud pública, desde una perspectiva psicosociocultural, en zonas tanto rurales como urbanas y finalmente, se presenta una reflexión sobre los factores socioculturales y la importancia de indagarlos desde una metodología cualitativa, que permita obtener resultados para crear propuestas o estrategias que contribuyan a disminuir la mortalidad materna.

¿QUÉ ES LA MUERTE MATERNA?

“La muerte materna se define como toda defunción de una mujer ocurrida durante el embarazo, el parto o los 42 días siguientes a la terminación de la gestación, por causas relacionadas o agravadas por ésta, pero no por causas accidentales o incidentales”.⁵ Durante el proceso reproductivo, los factores de riesgo se relacionan con aspectos biológicos, hereditarios, psicológicos y emocionales, situación socioeconómica y cultural. Además, se incluyen condiciones desfavorables orgánicas, ambientales y de comportamiento, así como el acceso a los servicios de atención a la salud.⁶⁻⁹

Los riesgos asociados con la gestación se relacionan con los antecedentes gineco-obstétricos de las mujeres: la alta paridad, intervalo entre cada embarazo, resultados de embarazos previos, enfermedades y operaciones anteriores, que propician el deterioro y desnutrición del organismo;¹ entre otros riesgos asociados con las condiciones actuales del embarazo, están: la edad de las mujeres, sangrado, dolores de cabeza, hinchazón de manos y piernas, disminución

de movimientos fetales, contracciones, ruptura de membranas, posición fetal, infecciones y deseo de embarazo, entre otros.¹⁰

Estos factores desembocan en complicaciones obstétricas directas de la mortalidad materna: preeclampsia, infecciones, hemorragias, toxemia, sepsis y aborto; y entre las causas indirectas, aquellas enfermedades preexistentes o crónicas que se agravan durante el embarazo parto o puerperio como la diabetes y la hipertensión.^{6,11,12} En México, la primera causa de muerte materna es la preeclampsia-eclampsia, seguida de hemorragia y sepsis; esto ocurre en mayor medida en lugares donde el acceso a los servicios de salud no está garantizado.¹³

Es así como la maternidad representa un riesgo para las mujeres, a pesar de que el embarazo y el parto son considerados como funciones biológicas normales; sin embargo, es innegable que existe un desgaste en el organismo y la salud femenina, que pueden traerles graves consecuencias a nivel físico, mental y social.^{1,6} Tras lo anterior, es necesario mencionar que las condiciones físicas y médicas que afectan a las mujeres durante la maternidad también pueden ser resultado de una serie de creencias y prácticas culturales. Pues “la muerte materna es mucho más que un problema de salud pública y que una variable demográfica. Es quizá el reflejo más sensible de las circunstancias globales de vida de las mujeres, y del lugar que ocupa, en ellas, la búsqueda de la maternidad, así como las contradicciones sociales relacionadas con el ejercicio de sus capacidades reproductivas”.¹ Por ello, es importante conocer el contexto en el que se presenta este problema y las condiciones socioculturales que lo propician.

LA MORTALIDAD MATERNA DESDE LOS FACTORES SOCIOCULTURALES

Como resultado de las investigaciones sobre mortalidad materna, se han identificado una serie de características relacionadas con el perfil de las mujeres que son vulnerables ante esta problemática. Algunas de éstas son la edad en ambos extremos, la nuliparidad o multiparidad, el estado nutricional deficiente, la baja escolaridad, la ocupación, el estrato social bajo, el lugar de residencia, predominantemente en zonas marginales, el estado civil y la carencia de seguridad social.^{5,14}

Ballesté⁶ y Rodríguez¹³ coinciden con esta caracterización de los grupos de mujeres vulnerables; además, consideran que si ellas desconocen sus derechos reproductivos se encuentran en mayor riesgo. Estas características también están relacionadas con el acceso a los servicios de salud, que puede o no ser un factor predisponente para acudir a ellos en una situación de emergencia.¹⁵ Cabe aclarar que ésta no es una regla; Ballesté⁶ comenta que también se ven afectadas las mujeres que tienen un nivel escolar elevado; esto nos remite a pensar que cada mujer, en mayor o menor medida, está expuesta a perder la vida durante el embarazo o en la etapa del postparto.

Otros aspectos abordados en las investigaciones se relacionan con la economía y los factores sociodemográficos. En las comunidades indígenas y marginadas, las condiciones económicas no cubren las necesidades básicas, mucho menos aquéllas enfocadas en la atención de las mujeres embarazadas;¹⁶ éstas pasan a segundo término o en ocasiones no se contemplan ni se les da importancia; por ello, “tienen un alto costo en la salud y en la vida de las mujeres”.¹⁶

Además, las mujeres en algunas comunidades no pueden poseer bienes, por lo que se encuentran en una posición de desventaja al intentar atender su salud.¹⁶ Incluso, a pesar de que se dedican a las actividades domésticas, no se les reconocen sus aportaciones a la economía familiar; y cuando ingresan al mercado laboral, sus alternativas se ven reducidas por la falta de instrucción educativa.^{1,16} Por otro lado, las condiciones de vivienda y de hacinamiento se identificaron como factores asociados a la muerte materna.⁵

Con las carencias económicas viene otro aspecto asociado: el acceso a los servicios de salud y la calidad de éstos. Muchas de las investigaciones que se han realizado sobre muerte materna se han enfocado en esta temática, de modo que ha sido abordada desde distintos aspectos, como a continuación se expone.

Hautecoeur¹⁷ estudió las dificultades que los indígenas de una comunidad guatemalteca enfrentan para acceder a los servicios de salud, identificando una serie de aspectos que obstaculizan la atención, por ejemplo: escasez de los servicios de salud, carencia de recursos económicos, de infraestructura y recursos humanos que imposibiliten prestar un servicio de calidad; las condiciones de la consulta, el prolongado tiempo de espera, los altos costos de las consultas, medicamentos, así como del transporte; la percepción

de malos tratos recibidos por el personal de salud, derivados en algunos casos de su mala actitud y su capacidad limitada para atender a la población. Por otro lado, es importante mencionar el papel que juega la cultura en el acceso a los servicios, pues los indígenas tienen otra concepción de los tratamientos y la salud; además, el lenguaje es otro obstáculo por los problemas de comunicación entre el médico y las pacientes. Estos aspectos se agrupan según las barreras que se identificaron en el acceso a los servicios de salud, que son múltiples y se interrelacionan: barreras geográficas, económicas y culturales.

Tamez¹⁵ menciona que hay factores de protección que favorecen el acceso a los servicios de salud y los clasifica en: predisponentes, que se refieren al perfil de la mujer; mediadores, acceso a la seguridad social, calidad de los servicios, apoyo social, pago de bolsillo y regularidad de la atención; de necesidad, percepción y gravedad de la enfermedad que finalmente llevan a la utilización de servicios.

Otra área de investigación se relaciona con la calidad de los servicios, pues la problemática de muerte materna está asociada con la cobertura y calidad de atención prenatal, ya que a través de ella se pueden detectar enfermedades de la madre, problemas del embarazo, parto y puerperio.¹⁸ La evaluación de la calidad se basa en tres aspectos: recursos y organización, relaciones establecidas entre proveedores y usuarias, y cambios en el estado de salud. La investigación que llevó a cabo Bronfman¹⁸ consistía en la aplicación de una encuesta a proveedor-usuario del servicio de salud, la observación directa de consulta y la evaluación de conocimientos de los proveedores para conocer su capacidad de resolución de problemas críticos. Con respecto a los datos obtenidos podemos destacar que en el examen de conocimientos se obtuvieron niveles muy bajos de 3.12 sobre una escala de 10. Sin embargo, la satisfacción de las usuarias se relaciona más con el trato recibido durante la consulta, el tiempo de espera, la comodidad, confidencialidad y privacidad, que con la capacidad de resolución del proveedor, o con su edad y género. Con ello, se expone que la calidad de atención en términos cualitativos es un factor clave en el cuidado prenatal, es decir, es un posible factor de prevención de la mortalidad materna.

La cobertura de los servicios de salud ha sido otro aspecto investigado. En Guatemala, se pueden distinguir dos aspectos: el mundo urbano en el que

se centralizan los servicios, y el mundo rural, en el que hay un médico por cada 10,000 habitantes, y en ocasiones la consulta se da una vez al mes.¹⁷ Sin embargo, contar con un servicio de salud no resuelve la mortalidad materna; en este sentido, Ballesté⁶ destaca que, en México, el Distrito Federal posee una gran cantidad de servicios médicos, y a pesar de ello, la ciudad cuenta con una tasa elevada de mortalidad de las mujeres embarazadas. Esto nos indica que no basta con garantizar la presencia de los servicios de salud, sino que éstos deben brindar una atención oportuna y de calidad.

Respecto a lo anterior, Sánchez¹⁹ identificó los motivos por los cuales las mujeres deciden no atenderse en las unidades de salud: consideran que son mal atendidas, no creen que sus malestares requieren la atención, existen barreras de acceso por la distancia o carencias económicas, no les tienen confianza a los médicos o son sus maridos quienes los observan con recelo, y no comparten su concepción de salud-enfermedad.¹ Es importante retomar a Freyermuth,³ quien tras realizar una investigación en Tenejapa, Chiapas, encontró que en diversas ocasiones las mujeres no recurren al médico o las instituciones de salud porque desconocen los signos de urgencia obstétricos. Incluso, cuando deciden atenderse, lo hacen con especialistas tradicionales que no cuentan con el entrenamiento necesario para la resolución de casos graves. Lo anterior impide que reciban la atención oportuna en los servicios de salud de segundo nivel.

Elu¹ considera que la distancia tan marcada que existe entre los servicios de salud y la población no es física, sino cultural, por todas las creencias que están endosadas a la medicina tradicional y a la maternidad.

Además, las muertes maternas, como ya se mencionó, son aquellas que ocurren durante el proceso reproductivo; en éste se incluye el aborto, que es otro grave problema de salud pública en los países en vías de desarrollo, pues se lleva a cabo en condiciones insalubres e inseguras.²⁰ “La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el aborto inseguro como el procedimiento para terminar un embarazo no deseado, el cual es llevado a cabo por personas que carecen del entrenamiento necesario y/o en condiciones no sanitarias”,²⁰ lo que pone en riesgo de enfermedad y muerte a las mujeres que recurren a esta práctica.⁴

Un estudio llevado a cabo por el Instituto Allan Guttmacher, dirigido a la población latinoamericana,

mostró que “se realizan al año aproximadamente 2.8 millones de abortos inducidos; si estos resultados se extrapolan a toda la región, el número de abortos inducidos por año alcanzaría unos 4 millones”.⁴ Por ello, Espinoza²⁰ considera que una limitante para no emprender acciones preventivas ante esta problemática es que no se cuenta con un registro preciso sobre la frecuencia de muertes maternas asociadas a la práctica de un aborto inseguro y sus complicaciones, pues las estadísticas no reflejan las dimensiones que adquiere este suceso por la clandestinidad que le rodea, lo que provoca que los abortos inseguros no sean reportados por las consecuencias legales y emocionales.

Otra temática que ha sido poco abordada, pero que se considera importante, se relaciona con la influencia que ejercen los factores psicológicos y emocionales en la mortalidad materna. En este sentido, Ballesté⁶ destaca los resultados que se obtuvieron en el proyecto “La salud sexual y reproductiva en el Distrito Federal: un ejercicio de corresponsabilidad entre el gobierno y la sociedad civil”.⁶ Tras realizar una encuesta se encontró que durante el embarazo las mujeres sienten miedo, soledad, depresión, tristeza, temor a vivir violencia intrafamiliar y tienen dudas sobre seguir con el embarazo, lo que repercute en su salud. Asimismo, Infante¹⁴ concluyó que estados depresivos, de negación y miedo, pueden convertirse en barreras internas que obstaculicen la búsqueda de atención prenatal.

Por otro lado, se realizaron investigaciones en las que se destacan los factores que influyen en la muerte materna, recuperando un enfoque antropológico; dentro de estos aspectos se ha abordado con mucho interés la prevalencia de la atención tradicional en relación con el contexto cultural.

Medina²¹ hizo una investigación en dos comunidades nativas de Perú: Awajun y Wampis, respecto a creencias y costumbres relacionadas con el embarazo, parto y puerperio; menciona que en algunas comunidades la concepción sobre los embarazos y lo relacionado con ellos está arraigada en un sistema de creencias tradicionales, y no solamente en Perú, sino que éste es un aspecto generalizado que ocurre en las sociedades, principalmente en las comunidades indígenas de las zonas rurales, pues son en éstas donde se conserva un legado práctico-cultural; además, es necesario tomar en cuenta otros factores como la escasez de recursos, la pobreza, el analfabetismo, la marginación y la inequidad de género.¹⁷

Las prácticas que las personas realizan para el cuidado de la gestación, no han sido necesariamente las “médicamente adecuadas”, debido a este apego hacia los cuidados tradicionales; de esta forma ponen en riesgo la salud de las mujeres. Podemos decir que la mitad de las muertes maternas, se atribuyen a la falta de atención durante el embarazo y parto por la inequidad en la que viven las mujeres en las zonas rurales. Además, hay que agregar las dificultades que enfrentan por los aspectos culturales: grupos lingüísticos distintos, las costumbres, los especialistas en la atención tradicional (brujos, parteras, sobadores), la atención de enfermedades a través de los procedimientos y concepciones culturalmente aceptadas y adquiridas por la experiencia.²¹ Todo ello nos lleva a pensar en el embarazo, parto y puerperio como eventos significativos rodeados de normas, comportamientos definidos y rituales, que sirven de base para la organización de la vida social del grupo, pues le dan significado a su existencia y al mundo que los rodea.²¹

Queda claro que “las concepciones y percepciones que giran en torno al embarazo, parto y puerperio, son patrones culturalmente establecidos en las comunidades y son los que norman las conductas y comportamientos de las personas”,²¹ y que éstas repercuten de manera significativa en su salud; por ello es importante comprender la cultura y la medicina tradicional desde los significados que les son atribuidos a la gestación y a sus cuidados para “proponer modelos de salud más cercanos a la realidad cultural”,²¹ que permitan brindar una mejor atención a la población.

Rodríguez,¹³ quien investigó la mortalidad materna en una comunidad maya en Yucatán, manifestó la necesidad del respeto a las creencias en los modelos de salud, pero al mismo tiempo la importancia de derribar barreras que impidan el acceso oportuno de las mujeres a las instituciones de salud y que permitan efectuar acciones para mejorar la calidad de la atención; de esta manera se podría evitar y prevenir la mortalidad.

Es interesante ver cómo la cultura, comprendida en creencias, significados y prácticas, va permeando los cuidados que la mujer tiene durante la gestación, así como precisar, a través de ella, la decisión de “a quién acudir” (familiares, parteras, curanderos o médicos) para recibir los cuidados en el embarazo, parto y puerperio.

Es importante mencionar que en las áreas rurales, en su mayoría, se emplean los recursos de la medicina tradicional para la atención del embarazo debido al arraigo de sus creencias y tradiciones, que no coinciden con las concepciones de salud-enfermedad de la atención institucional, o los servicios de salud son insuficientes. Por ello, las parteras juegan un papel fundamental en la atención de las mujeres durante el embarazo, parto y el puerperio; su labor trasciende a los servicios de salud, pues se recurre a ellas porque existe una identificación cultural; su comunicación se basa en valores comunes, por pertenecer a la misma población;¹⁰ además, identifican las enfermedades con su propio lenguaje y visión del mundo, lo que crea una relación de confianza. Las parteras “están insertas en el mismo contexto cultural y geográfico de las mujeres que atienden, su relación está definida más horizontalmente y, por lo tanto, existe menos distancia entre una y otra”.²² Todo esto hace que las parteras sean “personajes clave para mejorar la salud reproductiva de las mujeres en México”¹⁰ y en otros lugares donde prevalece este tipo de prácticas tradicionales.

Otra problemática se relaciona con el conocimiento que tienen las parteras sobre los riesgos obstétricos durante el embarazo, que en general es bajo, por lo que la mortalidad materna continúa presentándose en las comunidades. Las parteras, cuando tienen un adiestramiento, reconocen los riesgos entendidos por la medicina institucional, mientras que los médicos no reconocen o no le otorgan el valor al simbolismo y prohibiciones culturales. García¹⁰ considera fundamental incorporar a las parteras en programas de salud reproductiva eficaces, en los que se articulen los sistemas institucionales y los tradicionales, pues las creencias y los aspectos culturales influyen en el bienestar durante el embarazo, parto y puerperio.²¹

Otro aspecto importante en las investigaciones sobre muerte materna ha sido la presencia de violencia como causa indirecta de la mortalidad. Sin embargo, no se reconoce el vínculo entre violencia y salud reproductiva, “a pesar de las diferentes formas en las que se expresa: alta prevalencia de maltrato durante el embarazo, maternidad forzada —producto de la violación dentro y fuera del matrimonio, maltrato frecuente a embarazadas adolescentes, contagio de infecciones de transmisión sexual—; todo lo anterior tiene un impacto directo en el aumento de la morbilidad-mortalidad materna”.²²

En un estudio realizado por Valdez,²² que tuvo como objetivo explorar las experiencias de las parteras en la detección de mujeres maltratadas durante el embarazo y conocer los tipos de violencia que se identifican con mayor facilidad, se da cuenta que es importante incluir a las parteras dentro de los planes y programas para detectar la violencia familiar, ya que su práctica no sólo va más allá de atender los embarazos, sino que “su propia experiencia [...] le abre las puertas para enfrentar de manera directa la violencia que sufren las mujeres”,²² pues realizan un adecuado proceso de identificación, el cual incluye la observación de señales de alarma físicas —golpes, rasguños—; y psicológicas —timidez, descuido de la apariencia—, preguntan de manera directa sobre la violencia (pues existe un lazo de confianza) y la escuchan de manera atenta cuando ellas tomen la iniciativa de hablar sobre su situación.²²

Cuevas²³ realizó una investigación sobre violencia y embarazo y encontró que 13% de las mujeres informaron sufrir violencia física, psicológica, sexual y económica durante sus embarazos; en la mayoría de los casos el cónyuge fue el agresor. Las repercusiones que tiene la agresión pueden ir en dos sentidos: médicos y psicológicos. La violencia física ocasiona el aborto, ruptura de útero, hígado o bazo, que pueden desencadenar la muerte del feto y de la mujer; y las consecuencias psicológicas: baja autoestima, fobias, depresión severa, entre otras.²³

Pese a lo anterior, la violencia no es considerada como un factor directo de la muerte materna; sin embargo, puede ser que la maternidad sea el evento detonante. Es conveniente que ello quede asentado en los certificados de defunción, pues se sabe que una de las limitantes para no emprender acciones preventivas ante esta problemática es que no hay registros precisos acerca de la frecuencia de muerte materna por violencia, esto por las repercusiones legales.¹⁰ Un ejemplo de lo anterior lo muestra Campero,¹² quien realizó una investigación acerca de la contribución de la violencia a la mortalidad materna en el estado de Morelos. Encontró que de 277 certificados de defunción de mujeres embarazadas, 51 de ellos reflejaron datos de una muerte violenta.

Desde otra perspectiva, Elu¹ considera que la muerte materna se puede abordar desde un enfoque de identidad de género, de los significados que la cultura le otorga e impone a cada uno de los sexos, que los separa y distingue, que son aprendidos y repro-

ducidos dentro de una sociedad. “La maternidad [se convierte en] un elemento decisivo dentro de la vida de gran parte de las mujeres y la esfera más recurrente de su ejercicio de poder y adquisición de estatus y seguridad”.¹ Por otra parte, Freyermuth² retoma la relación entre los indígenas y los no indígenas, que está marcada por desigualdades y diferencias que se acrecientan entre hombres y mujeres, lo que coloca a éstas en una posición de mayor vulnerabilidad.

La identidad femenina se construye tomando como base las necesidades familiares. La mujer es un ser para “los otros”: cuando niña, cuida a los hermanos y ayuda a la madre en el hogar; cuando adulta, los significados no se modifican: ahora tiene que parir y cuidar a los hijos, así como atender al marido, a los hermanos solteros de él y ayudar a la suegra en las actividades domésticas. Tal parece que la mujer siempre es considerada como un “menor de edad”, pues aunque se case, su marido y su familia son ahora quienes controlan su vida;¹ incluso, toman las decisiones sobre la atención de su salud.³

La única posibilidad para las mujeres de adquirir poder y prestigio se relaciona con la maternidad, ya que les permite considerarse como tales y lograr sus expectativas, aunque estén en confrontación con la supervivencia de los hijos, los recursos materiales y el costo de su vida.¹ Tener hijos les brinda seguridad durante su vida marital y en la vejez, pues éstos se ven como productores de bienes, servicios y relaciones sociales. Además, es una forma de ejercer poder sobre los padres, el novio, la familia de éste, el marido, sus hijos varones, las esposas de ellos y sus nietos.¹

En algunos lugares, la maternidad es la prioridad que se le asigna al cuerpo de las mujeres. Podemos observar que “las expectativas reproductivas están influenciadas por la cultura y la ideología, y difieren según el grupo social y el contexto histórico”.⁴ El rol determinado para las mujeres en sociedad está íntimamente relacionado con éstas “y varía dentro de una amplia gama que va desde el papel exclusivo de madre cuidadora de hijos hasta su desempeño pleno como trabajadora o profesional”.⁴

Con lo anterior, nos queda claro cómo el contexto puede ir en contra de la salud de las mujeres durante la maternidad; sin embargo, también se puede presentar el caso contrario, es decir, una red social (formal e informal), compuesta por familiares y amigos, entre otros, que le brindan a las mujeres un apoyo emocional y material, que las aconsejan sobre

la atención y cuidado de su salud.¹⁴ Dentro de las conclusiones más interesantes de esta investigación, Infante¹⁴ encontró que existe una asociación significativa entre los apoyos de la red social y la decisión de las mujeres de asistir al médico, pues los consejos que los “otros” brindan, se forjan desde una serie de creencias y costumbres, así como las experiencias de otras personas.

REPERCUSIONES DE LA MORTALIDAD MATERNA

Otro aspecto que se debe contemplar al hablar de mortalidad materna, más allá de los espacios y las condiciones que la propician, es conocer las serias consecuencias que trae este acontecimiento en las familias que la sufren. Elu¹ y Herrera¹⁶ identifican claramente tres repercusiones de la muerte materna: problemas económicos, orfandad y la reconstrucción de la pareja.

- a) Daño económico, pues las mujeres son productoras de bienes y servicios que permiten el funcionamiento y supervivencia familiar, papel que es menospreciado y raramente reconocido. Además, es difícil el reemplazo de esta figura.
- b) Asimismo, la familia se enfrenta a varios conflictos cuando se cuenta con hijos: se buscan arreglos de residencia, los hermanos se pueden separar y distribuir en dos o tres familias, lo que ocasiona la falta de contacto entre ellos, vínculos debilitados y pérdida de afecto entre ellos.
- c) Cuando los viudos intentan retomar su vida de pareja, se encuentran en una situación de desventaja por la presencia de sus hijos, que se pueden considerar como un “estorbo”. Además, de la integración de nuevos hijos y la relación entre ellos.

Reyes²⁴ considera que tras la muerte materna existen repercusiones en la dinámica familiar: desintegración, reasignación de responsabilidades, en ocasiones los hijos son integrados a la familia de los abuelos y adquieren nuevos roles. En algunos casos, el hijo mayor es quien tiene que dejar de estudiar, buscar un trabajo o cuidar de los hermanos. Existen problemas de conducta, bajo aprovechamiento escolar e intentos de suicidios por parte de los esposos.

Las muertes maternas dejan secuelas importantes a nivel social, dando cuenta de las carencias médicas, el arraigo de creencias y prácticas culturales acerca del cuidado prenatal, la inequidad de género, así como la insuficiencia de recursos económicos; y en cada hogar donde hubo un fallecimiento, queda tristeza en la familia y destinos inciertos para los hijos.

DISCUSIÓN

La problemática de la muerte materna está en vuelta en una serie de condiciones que van más allá de lo estrictamente médico, pues tras esta revisión se ha demostrado que no basta con asegurar a las mujeres el acceso a los servicios médicos, sino que en la atención de la salud influyen aspectos que se derivan de las creencias, costumbres, prácticas y limitantes relacionadas con el esquema cultural que repercuten en la salud de los sujetos.

Por ello, es importante contemplar y comprender la importancia de los factores socioculturales para tener una visión completa de este fenómeno. Si no se llega a comprender el papel que juegan estos factores, cualquier solución que se proponga para prevenir la mortalidad materna será superficial, pues no se atacan las raíces de este conflicto; éstas se sostienen en las concepciones que se tienen sobre la maternidad y el papel social que juegan las mujeres.

Desde esta perspectiva, podemos observar la necesidad de realizar investigaciones que retomen estos aspectos, recuperando los significados que envuelven las prácticas cotidianas de los sujetos que participan en la atención de las mujeres en edad reproductiva. Esto es posible mediante la metodología cualitativa que pretende indagar esta situación con las personas que lo viven y que pueden dar testimonio sobre éste. Además, es necesario construir grupos multidisciplinarios que permitan explorar todas las áreas que conforman este fenómeno, en los cuales se incluyan investigadores que se enfoquen en los determinantes socioculturales, es decir, científicos sociales.

CONCLUSIÓN

Las futuras investigaciones sobre muerte materna, también se pueden realizar desde el ámbito sociocultural, ya que permiten conocer más allá de las causas

biomédicas, pues desde este enfoque se pueden indagar los factores socioculturales que intervienen en el fallecimiento de las mujeres, sobre todo en comunidades alejadas o marginadas, y por múltiples causas que pueden ir desde la falta de acceso a los servicios médicos hasta la inequidad de género.

Con base en la revisión de la literatura, se identificaron y agruparon una serie de factores socioculturales de riesgo para las mujeres asociados al embarazo, parto y puerperio, que necesitan ser estudiados con mayor profundidad para conocer los alcances y repercusiones que tienen en esta problemática de salud: perfil de la mujer, ubicación sociodemográfica y económica, apoyo o exigencia recibida de sus familias y redes sociales, relaciones inequitativas de género, violencia, exigencias del contexto cultural, servicios institucionales de salud, atención tradicional, desconocimiento de los signos de urgencia obstétricos, factores psicológicos y emocionales, aborto y complicaciones directas e indirectas del embarazo. De esta manera podemos advertir cómo la salud de la mujer está condicionada por el contexto sociocultural al que pertenece.

El reconocimiento de estos factores nos permite comprender que la mortalidad materna no es una problemática que sea sólo de interés para la medicina, sino que atañe a otras disciplinas como son las ciencias sociales. Resulta útil mencionar el ejemplo del iceberg, pues la muerte de las mujeres por complicaciones del embarazo, parto o puerperio es la punta de la cual se asoman una serie de circunstancias que tienen implicaciones en la posición social que ocupa la mujer dentro de una sociedad como la nuestra, en la que el nivel de pobreza es elevado y la educación no es de acceso para todos, además de la deficiencia en la atención que brindan los servicios de salud.

Esto nos muestra la línea por la que podrían continuar las futuras investigaciones que pretendan brindar soluciones a la mortalidad materna. Y la manera de hacerle frente es conocer cómo se lleva a cabo el fenómeno y la forma en que influyen los factores socioculturales para brindar soluciones integrales, pertinentes y útiles.

REFERENCIAS

1. Elú M. La luz enterrada. Estudio antropológico sobre la mortalidad materna en Tlaxcala. México: Fondo de Cultura Económica; 1993.
2. Freyermuth G. Mortalidad materna: género, familia y etnia en Chenalhó. *Revista Nueva Antropología*. México 1997; XVI: 141-66.
3. Freyermuth G, Villalobos I, Argüello H, De la Torre C. Urgencia Obstétrica y saber popular en Tenejapa, Chiapas. *Perinatol Reprod Hum* 2006; 20: 60-8.
4. Langer A. El embarazo no deseado: impacto sobre la salud y la sociedad en América Latina y el Caribe. *Rev Panam Salud Pública/Pan Am J Public Health* 2002; 11: 192-204.
5. Hernández B, Langer A, Romero M, Chirinos J. Factores asociados a la muerte materna hospitalaria en el Estado de Morelos. *Salud Publica Mex* 1994; 36: 521-8.
6. Ballesté M. Analizando la mortalidad materna en el Distrito Federal, desde una perspectiva de género. 3ª Conferencia Nacional sobre Maternidad sin riesgos en México. México 2003.
7. Cortés J. Diez principales causas de embarazo de alto riesgo en el Hospital General de Zona No. 1 de la ciudad de Colima en el año 2004. Tesis para obtener diploma de especialista en Medicina Familiar. IMSS, Universidad de Colima, Facultad de Medicina. México 2006: 24.
8. González-Campillo G, Sánchez-Bravo C, Gómez-López ME, Aldana-Calva E, Morales-Carmona F. Autoconcepto en el embarazo de alto riesgo y en la pérdida gestacional recurrente. *Ginecol Obstet Mex* 2008; 76: 143-50.
9. Mendoza G. Determinación de los factores de riesgo más importantes en pacientes de alto riesgo, Hospital de la mujer de la ciudad de la Paz, año 2004. *Médica-Órgano Oficial del Colegio Médico de La Paz* 2005; 11: 41-6.
10. García C, Castañeda X, Romero X, González D, Langer A. Percepción de las parteras sobre factores de riesgo reproductivo. *Salud Publica Mex* 1993; 35: 74-84.
11. López-García RB, Anaya-González JM. Mortalidad materna en México, Distrito Federal con base en el estudio de los certificados de defunción 1998-1999. *Cir Ciruj* 2002; 70:44-9.
12. Campero L, Walker D, Hernández B, Espinoza H, Reynoso S, Langer A. La contribución de la violencia a la mortalidad materna en Morelos, México. *Salud Publica Mex* 2006; 48 Supl 2: S297-S306.
13. Rodríguez E, Montero L, Andueza G, Manrique W. Características médico-sociales de las muertes maternas en una comunidad maya en Yucatán, México. *Ginecol Obstet Mex* 2007; 75: 79-85.
14. Infante C. Utilización de servicios de atención prenatal: influencia de la morbilidad percibida y de las redes sociales de ayuda. *Salud Publica Mex* 1990; 32: 419-29.
15. Tamez-González S, Valle-Arcos RI, Eibenschutz-Hartman C, Méndez-Ramírez I. Adaptación del modelo de Andersen al contexto mexicano: acceso a la atención prenatal. *Salud Publica Mex* 2006; 6:418-29.
16. Herrera-Torres MC, Cruz-Burquette 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.
17. Hautecoeur M, Zunzunegui M, Vissandjee B. Las barreras de acceso a los servicios de salud en la población indígena de Rabinal en Guatemala. *Salud Publica Mex* 2007;49:86-93.
18. Bronfman-Pertzovsky MN, López-Moreno S, Magis-Rodríguez C, More-Altamirano A, Rutstein S. Atención prenatal en el primer nivel de atención: características de los proveedores que influyen en la satisfacción de las usuarias. *Salud Publica Mex* 2003; 45: 445-54.

19. Sánchez-Pérez HJ, Ochoa-Díaz López H, Navarro i Giné A, Martín-Mateo M. La atención del parto en Chiapas, México: ¿dónde y quién los atiende? Salud Publica Mex 1998; 40: 494-502.
20. Espinoza H, Hernández-Prado B, Campero L, Walker D, Reynoso S, Langer-Glas 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; 17: 193-204.
21. Medina A, Mayca J. Creencias y costumbres relacionadas con el embarazo, parto y puerperio en comunidades nativas Awajun y Wampis. Rev Perú Med Exp Salud Pública 2006; 23: 22-32.
22. Valdez-Santiago R, Arenas-Monreal L, Hernández-Tezoquipa I. Experiencia de las parteras en la identificación de mujeres maltratadas durante el embarazo. Salud Publica Mex 2004; 46:56-63.
23. 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 Publica Mex 2006; supl 2:S239-S249.
24. Reyes-Fraustro S, Bobadilla-Fernández JL, Karchmer-Krivitzky S, Martínez-González L. Efecto de la muerte materna sobre la dinámica familiar y la sobrevivencia infantil. Ginecol Obstet Mex 1998;66:428-32.

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