



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO



INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD
ÁREA ACADÉMICA DE MEDICINA
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

***“MUERTE MATERNA Y VIOLENCIA DE GÉNERO
EN EL ESTADO DE HIDALGO 2011 - 2013”***

Proyecto terminal de carácter profesional
que para obtener el grado de

MAESTRA EN SALUD PÚBLICA

P r e s e n t a

Luz Estela Silva Castellanos

Directora

D. en C.S. Carmen Rincón Cruz

Co-Directora

E.S.P. M.R.E.P. M.G.P.A. María Teresa Estrada Méndez

Asesores

M. en C. Nora Elena Sosa Bermúdez

M.S.P. Juan Carlos Paz Bautista

Pachuca de Soto, Hidalgo, noviembre de 2016



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO
Instituto de Ciencias de la Salud
School of Health Sciences
Área Académica de Medicina
Department of Medicine
Maestría en Salud Pública
Master in Public Health

Pachuca de Soto, Hgo., noviembre 17 del 2016

M. en S.P. JUAN CARLOS PAZ BAUTISTA
COORDINADOR DE LA MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA
DIRECTOR OF GRADUATE STUDIES MASTER IN PUBLIC HEALTH

Los integrantes del Comité Tutorial comunicamos a usted que el Proyecto de Producto Terminal denominado "Muerte Materna y Violencia de Género en el Estado de Hidalgo 2011 - 2013.", de la alumna **Luz Estela Silva Castellanos** con número de cuenta 092729, ha sido concluido y se encuentra en condiciones de continuar el proceso administrativo para proceder a la autorización de su impresión.

Atentamente.
"Amor, Orden y Progreso"

D. en C.S. Carmen Rincón Cruz

Directora

MREP, M.GPA. María Teresa Estrada Méndez

Codirectora

M.S.P. Juan Carlos Paz Bautista

Asesor



Eliseo Ramirez Ulloa Núm. 400
Col. Doctores
Pachuca de Soto, Hidalgo, C.P. 42090
Teléfono: 52(771) 71 720 00 Ext. 2366
mtria.saludpublica@uaeh.edu.mx

www.uaeh.edu.mx



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO
 Instituto de Ciencias de la Salud
 School of Health Sciences
 Área Académica de Medicina
 Department of Medicine
 Maestría en Salud Pública
 Master in Public Health

Oficio No. ICSa/AAM/MSP/262/2016
 Asunto: Autorización de Impresión de P.P.T.
 Pachuca de Soto, Hgo., noviembre 17 del 2016

LUZ ESTELA SILVA CASTELLANOS
ALUMNA DE LA MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA
 STUDENT OF THE MASTER IN PUBLIC HEALTH

Comunicamos a usted que el Comité Tutorial de su Proyecto de Producto Terminal denominado **"Muerte Materna y Violencia de Género en el Estado de Hidalgo 2011 – 2013."** considera que ha sido concluido satisfactoriamente, por lo que puede proceder a la impresión de dicho trabajo.

Atentamente,
 "Amor, Orden y Progreso"

MC. Esp. José Ma. Busto Villarreal
 Director del Instituto de Ciencias de la Salud
 Dean

MC. Esp. Luis Carlos Romero Quezada
 Jefe del Área Académica de Medicina
 Chair of the Department of Medicine

M. en S.P. Juan Carlos Paz Bautista
 Coordinador de la Maestría en Salud Pública
 Director of Graduate Studies Master in Public Health

JCPB/mchm*



Eliseo Ramirez Ulloa Núm. 400
 Col. Doctores
 Pachuca de Soto, Hidalgo, C.P.42090
 Teléfono:52(771) 71 720 00 Ext. 2366
 mtria.saludpublica@uah.edu.mx

ÍNDICE

Contenido

GLOSARIO DE TÉRMINOS	6
RESUMEN	10
INTRODUCCION	14
CAPITULO 1	25
SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA.....	25
1.1 Situación actual nacional.....	25
1.2 Situación actual en Hidalgo y municipios más afectados en los últimos años	26
1.3 Características de la muerte materna por causas	31
1.4 Distribución por edad.....	35
CAPÍTULO 2	40
ASPECTOS METODOLÓGICOS	40
2.1 Pregunta de investigación.....	40
2.2 Enfoque teórico	41
2.3 Categoría de análisis	43
2.4 El trabajo de campo	45
2.5 Revisión de expedientes.....	45
2.6 Entrevista semiestructurada	45
2.7 Instrumentos.....	46
2.8. La información y su sistematización	47
CAPÍTULO 3.....	49
SITUACIÓN DE LAS MUERTES MATERNAS DURANTE EL PERIODO 2011 – 2013 EN EL ESTADO DE HIDALGO	49
CAPITULO 4	62
LA VIOLENCIA DE GÉNERO Y LA MUERTE MATERNA	62
4.1.-Marginacion y pobreza	63
4.2.-La violencia de género.....	65
4.2.1.-Violencia de género conyugal o de pareja.....	66
4.2.2- Violencia de género y niñez	69
4.3. Las redes familiares y la trayectoria de la atención del embarazo	72
CAPÍTULO 5:	77

TRAYECTORIA REPRODUCTIVA: DEL EMBARAZO A LA MUERTE MATERNA.....	77
5.1 Antecedentes obstétricos	77
5.2 Control prenatal y sus características	78
5.3 Trayectoria de la atención obstétrica y la muerte materna.....	81
REFLEXIONES FINALES	86
Propuestas.....	93
BIBLIOGRAFÍA	96
ANEXOS.....	103
ANEXO 1. Cuestionario cerrado para análisis de expedientes de muertes maternas	103
ANEXO 2. Guía de entrevista de violencia y muerte materna	104
ANEXO 3. Análisis Atlas Ti.....	105
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	106

GLOSARIO DE TÉRMINOS

INSP: Instituto Nacional de Salud Pública

OMS: Organización Mundial de la Salud

OPS: Organización Panamericana de la Salud

NOM: Norma Oficial Mexicana

RMM: Razón de Muerte Materna

NVE: Nacidos vivos estimados

NVR: Nacidos vivos registrados

H.G.Z. y M.F.: Hospital General de Zona y Medicina Familiar

ONU: Organización de las Naciones Unidas

ENDIREH: Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares

ENVIM: Encuesta Nacional de Violencia contra las Mujeres

UNICEF: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

INDICE DE TABLAS Y GRÁFICAS

Tablas

Tabla 1	Población por institución 2015	18
Tabla 2	RMM por municipio según grado de marginación, Hidalgo 2015	21
Tabla 3	Número de defunciones maternas de Hidalgo del 2011 al 2013, de acuerdo a edad y estado civil	42
Tabla 4	Número de defunciones maternas de Hidalgo del 2011 al 2013, de acuerdo a edad y atención prenatal	44
Tabla 5	Número de defunciones maternas de Hidalgo del 2011 al 2013, de acuerdo a ocupación y número de gestas	47
Tabla 6	Número de defunciones maternas de Hidalgo del 2011 al 2013, de acuerdo a tipo de atención obstétrica y edad	48
Tabla 7	Número de defunciones maternas en Hidalgo del 2011 al 2013, de acuerdo a causa de defunción y edad	49
Tabla 8	Causas de defunciones maternas obstétrica Directas en Hidalgo, del 2011 al 2013	50
Tabla 9	Causas de defunciones maternas obstétricas Indirectas en Hidalgo, del 2011 al 2013	51
Tabla 10	Características socioeconómicas y nivel de Marginación	56
Tabla 11	Redes Sociales	65
Tabla 12	Antecedentes obstétricos de las muertes maternas	69
Tabla 13	Trayectoria de la atención de las complicaciones del embarazo	73

Gráficas

Gráfica 1	Reducción de la RMM en relación al 5° Objetivo del Milenio	21
Gráfica 2	Defunciones y RMM, Hidalgo 2005 – 2014	24
Gráfica 3	Letalidad Hospitalaria por Hemorragia Obstétrica, Unidades Hospitalarias SSH, Hidalgo 2005 - 2014	25
Gráfica 4	Letalidad Hospitalaria por Enfermedad Hipertensiva, Unidades Hospitalarias SSH, Hidalgo 2005 - 2014	26
Gráfica 5	Letalidad Hospitalaria por Aborto, Unidades Hospitalarias SSH, Hidalgo 2005 – 2014	27
Gráfica 6	Letalidad Hospitalaria por Causas Obstétricas Indirectas, Unidades Hospitalarias SSH, Hidalgo 2005 – 2014	28
Gráfica 7	Razón de mortalidad materna Grupo de edad, Hidalgo 2015*	29
Gráfica 8	Número de defunciones maternas en Hidalgo del 2011 al 2013, de acuerdo a edad y ocupación	44
Gráfica 9	Número de defunciones maternas de Hidalgo del 2011 al 2013, de acuerdo a edad y método de planificación familiar	44
Gráfica 10	Número de defunciones maternas de Hidalgo del 2011 al 2013, de acuerdo a edad y estado civil	45
Gráfica 11	Número de defunciones maternas de Hidalgo del 2011 al 2013, de acuerdo a edad y número de gestas	46
Gráfica 12	Número de defunciones maternas en Hidalgo del 2011 al 2013, de acuerdo a edad y atención prenatal	47
Gráfica 13	Número de defunciones maternas en Hidalgo del 2011 al 2013, de acuerdo a ocupación y atención prenatal	48
Gráfica 14	Número de defunciones maternas de Hidalgo del 2011 al 2013, de acuerdo a ocupación y número de gestas	49

Gráfica 15	Número de defunciones maternas de Hidalgo del 2011 al 2013, de acuerdo al tipo de atención obstétrica y edad	50
Gráfica 16	Número de defunciones maternas de Hidalgo del 2011 al 2013, de acuerdo a causa de defunción y edad	51
Gráfica 17	Número de detecciones de violencia durante el embarazo en las muertes maternas en Hidalgo, del 2011 al 2013	54
Gráfica 18	Número de muertes maternas de Hidalgo del 2011 al 2013, según el lugar de defunción	54

RESUMEN

Muerte Materna y Violencia de Género en el Estado de Hidalgo 2011 – 2013
Silva-Castellanos LE, Rincón-Cruz C, Estrada-Méndez MT, Paz-Bautista JC,
Sosa-Bermúdez NE

INTRODUCCIÓN: La resolución 49.25 de la Asamblea Mundial de la Salud, proclama que la violencia contra la mujer es un tema de Salud Pública. Se ha observado que las mujeres que sufren violencia por parte de su pareja tienden a romper sus lazos afectivos y amistosos, como un mecanismo de control sobre ellas, y en parte porque ellas se sienten crecientemente avergonzadas por lo que les pasa y prefieren aislarse para evitar tener que dar explicaciones. La importancia del estudio de la muerte materna y su relación con la violencia en el embarazo tiene varias razones, una de ellas es que pese a que desde el siglo pasado en México se cuenta con desarrollos tecnológicos y científicos que hacen posible detectar, prevenir y atender oportunamente las causas de muerte materna, en México la razón de mortalidad materna a nivel nacional en el 2012 fue de 42.3 defunciones por cada 100,000 nacidos vivos esperados (Salud, 2014), situación que muestra como aún prevalecen condiciones de pobreza, inequidad y desigualdad en el acceso al cuidado y atención de la salud materna entre las mujeres.

OBJETIVO: describir y analizar de qué manera, la posición que las mujeres ocuparon al interior de la familia, las redes de apoyo con las que contaron, los usos y costumbres para la atención del parto y la violencia de género vivida, estuvieron presentes como factores de riesgo en la trayectoria de atención del embarazo, parto y puerperio de cuatro mujeres, cuya condición de salud se complicó y derivó en muerte materna en el Estado de Hidalgo..

METODOLOGÍA: Para dar respuesta a la pregunta de investigación y los objetivos planteados en este estudio se utilizará un estudio Mixto, en una primera etapa el análisis cuantitativo, con el fin de determinar la frecuencia y características obstétricas; utilizando como herramienta cuantitativa el análisis de los expedientes de las defunciones maternas ocurridas del 1ro de Enero del 2011 al 31 de Diciembre del 2013. En una segunda etapa a través del análisis cualitativo y utilizando como unidad de análisis la trayectoria de atención del embarazo, parto y puerperio, se describirán y analizarán cuál es el impacto de las condiciones socioeconómicas, institucionales y de género, las relaciones de

pareja y familiares, en la trayectoria de atención de mujeres cuya condición de salud se complicó en muerte materna.

RESULTADO: En cuanto a edad, la mayor mortalidad de la revisión de 58 expedientes de defunciones del Estado de Hidalgo del 2011 al 2013, se presentó en el grupo etario de 24 a 27 años, en el cual ocurrieron 20 defunciones (34.4 %); relativo a la ocupación, 47 de ellas (81%) se dedicaban al hogar. Llama la atención que el 100% de las defunciones maternas en el grupo de edad de 15 a 19 años se dedicaban al hogar, así mismo en cuanto a planificación familiar. 42 mujeres (72.4%) no contaban con un método anticonceptivo ninguna de las mujeres adolescentes (0%) contaron con ello. De acuerdo a los expedientes clínicos y en relación a la atención prenatal, 47 mujeres (81%) accedieron a atención prenatal, lo cual nos indica que las consultas prenatales no son de calidad. Mientras no se realice una consulta adecuada a las pacientes, no se podrán identificar los embarazos de riesgo, lo que aumenta el peligro de muerte. La detección de violencia durante el embarazo, como lo refiere la NOM 007 y 046, afirmaremos que, durante la realización de este estudio, pudimos observar que no se realiza esta detección durante las consultas de control prenatal, ya que solamente en un expediente se encontró la evidencia de la misma.

CONCLUSIONES: Como resultados de esta investigación, se especifica que no fueron únicamente los aspectos biomédicos los que representaron los principales factores de riesgo para la muerte materna; en estos casos la violencia de género (expresada en las condiciones socioeconómicas, culturales, relaciones de pareja, familiares, sociales e institucionales, en las que transcurrió la vida de las mujeres desde la infancia) representó un factor de riesgo importante en la trayectoria de atención del embarazo, hasta la muerte materna.

PALABRAS CLAVES: Mortalidad materna, violencia de género, trayectoria de atención Razón de muerte materna, redes sociales.

ABSTRACT

Maternal Death and Gender Violence in the State of Hidalgo

Silva-Castellanos LE, Rincón-Cruz C, Estrada-Méndez MT, Paz-Bautista JC, Sosa-Bermúdez NE

INTRODUCTION: Resolution 49.25 of the World Health Assembly proclaims that violence against women is a public health issue. It has been observed that women who experience violence on the part of their partner tend to break their affective and friendly ties, as a mechanism of control over them, and partly because they feel increasingly embarrassed by what happens to them and prefer to isolate themselves to avoid having to explain. The importance of the study of maternal death and its relation with violence in pregnancy has several reasons, one of them is that although since the last century in Mexico there are technological and scientific developments that make it possible to detect, prevent and treat. The maternal mortality ratio in Mexico in 2012 was 42.3 deaths per 100,000 expected live births (Salud, 2014), a situation that shows how conditions of poverty, inequity and inequality still prevail in access to maternal health care and attention among women.

OBJECTIVE: to describe and analyze how the position of women within the family, the support networks with which they counted, the customs and customs for childbirth care and gender violence were present as factors of risk in the care trajectory of pregnancy, delivery and puerperium of four women, whose health condition was complicated and resulted in maternal death in the State of Hidalgo.

METHODOLOGY: In order to answer the research question and the objectives set out in this study we will use a mixed study, in a first stage quantitative analysis, in order to determine the frequency and obstetric characteristics; Using as a quantitative tool the analysis of the records of the maternal deaths that occurred from January 1, 2011 to December 31, 2013. In a second stage through the qualitative analysis and using as a unit of analysis the care trajectory of pregnancy, childbirth and puerperio, the impact of socioeconomic, institutional and gender conditions, couple and family relationships, will be described and analyzed in the care trajectory of women whose health condition was complicated by maternal death.

RESULTS: In terms of age, the highest mortality from the review of 58 death records from the State of Hidalgo from 2011 to 2013 was presented in the age

group from 24 to 27 years old, in which 20 deaths occurred (34.4%); Relative to the occupation, 47 of them (81%) were dedicated to the home. It is noteworthy that 100% of maternal deaths in the 15-19 age group were dedicated to the home, as well as family planning. 42 women (72.4%) did not have a contraceptive method none of the adolescent women (0%) counted on this. According to the clinical records and in relation to prenatal care, 47 women (81%) accessed prenatal care, which indicates that prenatal consultations are not of quality. Until adequate consultation of the patients, risk pregnancies can be identified, which increases the risk of death. The detection of violence during pregnancy, as referred to in NOM 007 and 046, we will affirm that, during this study, we could observe that this detection is not performed during prenatal check-ups, since only one file was found The evidence of it.

CONCLUSIONS: As a result of this research, it is specified that it was not only the biomedical aspects that represented the main risk factors for maternal death; In these cases, gender violence (expressed in the socioeconomic, cultural, couple, family, social and institutional conditions in which the life of women from childhood was spent) represented a significant risk factor in care trajectory From pregnancy to maternal death.

KEY WORDS: Maternal mortality, gender violence, care trajectory Maternal death ratio, social networks.

INTRODUCCION

El propósito de esta investigación fue describir y analizar los factores socioculturales, institucionales y de género que estuvieron presentes en la violencia de género vivida por las mujeres durante la trayectoria de atención del embarazo, parto y puerperio, cuya condición de salud se complicó y derivó una muerte materna. El estudio se realizó con los casos de mujeres embarazadas que acudieron en alguna de las etapas de la gestación o durante el puerperio, a alguna de las unidades de salud para población abierta, del estado de Hidalgo. La resolución 49.25 de la Asamblea Mundial de la Salud, proclama que la violencia contra la mujer es un tema de Salud Pública. (Venegas, 2007)

Se ha observado que las mujeres que sufren violencia por parte de su pareja tienden a romper sus lazos afectivos y amistosos, como un mecanismo de control sobre ellas, y en parte porque ellas se sienten crecientemente avergonzadas por lo que les pasa y prefieren aislarse para evitar tener que dar explicaciones. (Heise, 1994).

La violencia durante el embarazo constituye un problema de salud pública que trasciende más allá de la agresión física. Los primeros estudios sobre el tema comenzaron a aparecer en la década de los ochenta, se mostro que la prevalencia de la violencia física contra las mujeres embarazadas oscilaba entre el 7 y 11%. (Arce, 2005). Entre el 55% al 94% de las mujeres que sufren violencia nunca reciben ningún tipo de ayuda. (Population Council e INSP, 2000)

Las agresiones físicas durante el embarazo no son de leve intensidad, sino todo lo contrario, las mujeres en estado grávido suelen necesitar hospitalización debido a las golpizas propiciadas por sus cónyuges. (Cokkinides,1999).

Se han definido las características de las mujeres golpeadas durante la gestación con tres factores de riesgo: inestabilidad social (mujeres jóvenes, no casadas, nivel educativo bajo, desempleadas y con un embarazo no planeado); estilo de vida no saludable (dieta inadecuada, alcoholismo, uso de drogas ilegales y desórdenes emocionales), y problemas de salud (males físicos de salud y uso de drogas prescritas). (Stewart, 1993). Otros estudios mencionan que si hay disminución de la violencia física durante el embarazo, pero aumenta la violencia psicológica. (Hiese, 1999)

Para las mujeres europeas de 16 a 44 años, la violencia familiar es la primera causa de lesiones y muerte, entre el 25 y 50% sufren este tipo de violencia, en Portugal el 52.8% refieren haber sufrido violencia por sus esposos o parejas, en Alemania tres de cada cuatro mueren en manos de hombres con quienes vivían, en Gran Bretaña muere una mujer cada tres días por causas de violencia familiar, en España la razón es de una a cuatro, en Francia mueren seis mujeres por esta causa al mes. (Cuevas *et al.*,2006)

En la India, el reporte de las autopsias verbales realizadas en tres distritos de Maharastra, revelaron que el 16% de las muertes de mujeres en estado de

gravidez estaban relacionadas con violencia de género. Altas frecuencias de violencia conducen a un aumento de mortalidad materna en países en desarrollo, por lo que ahora se observa como un problema global de salud pública.

En Estados Unidos entre el 8% y el 20% de las mujeres son víctimas de violencia, el maltrato físico es más frecuente en mujeres blancas, con una tasa de 3.5 veces más con respecto a las mujeres de raza negra e hispanoamericanas. El lugar de las lesiones más frecuentes son en cabeza, cara, abdomen, región genital, las cuales llevan a complicaciones como las contusiones, fracturas, ruptura de bazo, hígado o de útero (IPAS México, 2003)

La violencia de género contra la mujer embarazada puede tener diferentes expresiones que van desde un grito hasta el extremo de provocar la muerte de la mujer. Un estudio de mujeres que murieron durante el embarazo en Estelí, Nicaragua, mostró que un tercio estaba relacionado con la violencia física (Rodríguez, 2005)

Un tema de salud prioritario (OMS/OPS,1998) La norma, NOM-046, publicada en el año 2009; define a la violencia contra las mujeres, como cualquier acción u omisión, basada en su género, que cause daño o sufrimiento psicológico, físico, patrimonial, económico, sexual o la muerte tanto en el ámbito privado como en el público. (NOM-046-SSA2-2005).

La violencia de género de acuerdo a Lagarde, 2007, se considera como una “construcción de relaciones y prácticas institucionales y sociales que generan, preservan y reproducen poderes (accesos, privilegios, jerarquías, monopolios, control) de los hombres sobre las mujeres y, al mismo tiempo, conculcan poderes sociales, sexuales, económicos, políticos, jurídicos y culturales”. La violencia de género, toma diferentes formas, y se expresa en prácticas específicas, como es el caso de la violencia durante el embarazo, esta violencia se ha tipificado como abuso prenatal dadas las repercusiones que genera en la morbi-mortalidad de la mujer y en el feto o recién nacido generando complicaciones de salud en la madre y favoreciendo el bajo peso en el niño (Valdéz *et al.*,2004; Castro, 2004, Hernández, 2013).

Las mujeres embarazadas que viven violencia de género, por parte de su compañero íntimo, se van adaptando a este ambiente violento, lo que afecta las decisiones que podrían tener durante el embarazo (Lutz, 2005)

La importancia del estudio de la muerte materna y su relación con la violencia en el embarazo tiene varias razones, una de ellas es que pese a que desde el siglo pasado en México se cuenta con desarrollos tecnológicos y científicos que hacen posible detectar, prevenir y atender oportunamente las causas de muerte materna, en México la razón de mortalidad materna a nivel nacional en el 2012 fue de 42.3 defunciones por cada 100,000 nacidos vivos esperados (Salud, 2014), situación que muestra como aún prevalecen condiciones de pobreza,

inequidad y desigualdad en el acceso al cuidado y atención de la salud materna entre las mujeres.

Por otro lado se ha demostrado que muchas de las causas de muerte materna se encuentran asociadas con prácticas y relaciones sociales, culturales, institucionales, familiares y de pareja que perpetúan la discriminación contra las mujeres como es la violencia de género (Freyermuth, 2000).

Existen estudios que han identificado que la violencia se asocia a embarazos no deseados así como a un uso inconsistente de métodos anticonceptivos (Rivas, 2012).

Así también hay nuevos estudios que refieren que el abuso previo al embarazo es uno de los predictores más importantes de la violencia durante el embarazo y después del mismo (Campero, 2006).

En México la investigación sobre violencia se realiza a partir de los noventa y en fechas recientes se ha mostrado que el rango de prevalencia de mujeres que sufrían algún tipo de violencia durante el embarazo, se había ampliado, diversos estudios han documentado que esta podía ir desde un 14.1% o 30% a 70%.(Peña, 2005) (Olaiz, 2006) (INSP, 2003).

Las investigaciones en México reportan que la mayor prevalencia de agresión hacia las mujeres ocurre entre los 15 y 29 años, y durante el embarazo se

suman consecuencias graves de la propia condición del embarazo (Castro *et al.*,2004)

En relación a la violencia y el embarazo en estados de la República Mexicana de alta marginación se ha descrito que de 250 de las mujeres que manifestaron haber sufrido violencia en alguno de sus embarazos, el 30.4% dijeron haber sido golpeadas en el abdomen durante el embarazo y que en el 91.4% de las casos el agresor fue la pareja. (Cuevas, 2006). Otros estudios en mujeres gestantes demuestran una incidencia de violencia de género, de 7.2% de mujeres que fueron agredidas durante los meses en que se desarrolló la gestación (Berenson, 1994).

Las consecuencias de sufrir violencia en el embarazo son diversas, entre éstas se encuentran el aborto espontáneo así como el riesgo de tener productos con bajo peso que es de cuatro veces más y 40 veces más de fallecer durante el primer año de vida, así como un riesgo de 1.59 veces mayor de perder su producto y de desarrollar morbilidad materna y perinatal. (IPAS México, 2003)

Otras de las consecuencias que pueden tener las mujeres durante el embarazo, o el puerperio son que pueden morir debido a las complicaciones obstétricas generadas por los traumatismos abdominales, hemorragias y/o desprendimiento de placenta, complicaciones del parto y pos-parto (Salud, 2007). En casos

extremos la violencia de pareja puede llegar a producir la muerte de las mujeres (Castro *et al.*,2006)

Las lesiones más detectadas en las mujeres durante el control prenatal o en los servicios de urgencias son las causadas por bofetadas o empujones en el 57.6 % y lesiones más graves en el 42.4% por golpes con el puño y patadas 39%, y en un 3% de los casos las mujeres sufren fracturas o lesiones permanentes (Nannini, 2008)

Cuando la agresión ocurre antes del embarazo es probable que la gestación no sea deseada. Si ocurre durante el embarazo, puede haber ausencia o retraso de la vigilancia médica así como depresión, ansiedad, consumo de tabaco, alcohol y drogas. (Díaz, 2007)

En un estudio realizado en pacientes derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social en Hidalgo se refiere que el 68% de las mujeres encuestadas sufren violencia. (Cervantes, 2008) Los factores que contribuyen a la presentación de violencia son el ingreso económico, grado de escolaridad y ocupación afectando con mayor frecuencia a las amas de casa. (Duarte, 2009)

Así mismo en otra investigación sobre Violencia de pareja en el embarazo y apego al control prenatal realizada con mujeres con derechohabiencia al IMSS en Pachuca Hgo, al analizar las medidas de asociación de la violencia conyugal

y el control prenatal, los límites de intervalo de confianza al 95% para un OR de 0.113 fueron de 0.037 y 0.343, lo que mostró que hubo una asociación significativa de protección es decir; el hecho de que las mujeres no sean víctimas de violencia conyugal se asocia a un riesgo menor de no apego al control prenatal.(Hernández, Rincón, 2013)

La violencia y la muerte de las mujeres embarazadas están ligadas, ya que las mujeres mueren durante la gestación como consecuencia de actos violentos. No obstante se desconoce cuántas mujeres embarazadas sufren violencia y más aún se desconoce cuántas de las embarazadas mueren por esta causa, ya que no existe un registro adecuado de muerte materna secundaria a la violencia, sino que la muerte es registrada por otra causa, aun cuando esta sea secundaria a la violencia de género. (Muñoz, Ortiz; 41, 2013).

Hasta el 2014 el Sistema Nacional de Salud de México había registrado 872 defunciones maternas, de las cuales 36 defunciones (4.1%), se registraron con residencia en Hidalgo. Durante 2014, en Hidalgo, las principales causas de muerte materna correspondieron a causas obstétricas indirectas con un 36% del total de 36 defunciones de este año. Hidalgo se ubicó en el segundo estado a nivel nacional con incremento de 15 muertes maternas en comparación con el 2013.

Considerando que dentro de las causas indirectas de la muerte materna en Hidalgo la violencia de género no aparece como causa de defunción, en este estudio surgieron las siguientes interrogantes:

¿Qué aspectos socioeconómicos, culturales y de género estuvieron presentes en la trayectoria de atención de las mujeres que a partir del embarazo derivaron en muerte materna?

¿De qué manera estuvo presente la violencia de género como factor de riesgo para la muerte materna?

¿Cuáles fueron las prácticas y recursos institucionales que prevalecieron en las trayectorias de atención de estas mujeres?

Para dar respuesta a estas preguntas me propuse en primer lugar explorar cuál fue la tendencia estadística de la muerte materna y los principales factores de riesgo que se registraron y se asociaron al mismo; así también me planteé, el uso del análisis cualitativo, utilizando como unidad de análisis la “trayectoria de atención”, con el fin de tener información que me permitiera describir y analizar cuál es el impacto de las condiciones socioeconómicas, institucionales y de género en la trayectoria de atención al embarazo de mujeres que finalizaron en muerte materna.

Con ese propósito seleccioné como objeto de estudio cuatro casos de muerte materna ocurridos en el Estado de Hidalgo, cuyo antecedente pareciera suponer hipotéticamente, que las condiciones en que transcurrió su vida posiblemente

habían propiciado que las mujeres hubiesen vivido violencia durante alguna de las etapas del embarazo.

La presentación de esta investigación se organizó en cinco capítulos y la sección de anexos. En el primer capítulo presento la situación que guarda la prevalencia de la muerte materna en Hidalgo, datos sobre los que se sustenta la presente investigación.

En el segundo capítulo, se enuncian los aspectos conceptuales teóricos relacionados con la trayectoria de atención, el género y la violencia de género. En otro apartado detallo las técnicas cualitativas utilizadas en esta investigación, describo las características de las entrevistas semi-estructuradas que se realizaron a diversos informantes en torno a los cuatro casos de las mujeres que fallecieron.

En el capítulo tres se presentan algunas de las características sociodemográficas de las muertes maternas en el Estado de Hidalgo en el periodo del 2011 al 2013 con el objetivo de precisar el fenómeno de la mortalidad materna y sus causas ante la carencia de estos datos en el análisis de la salud materna.

En el capítulo cuatro se describe y analiza la trayectoria de la atención seguida desde el embarazo hasta la muerte materna; lo anterior no sólo con base en

aspectos biomédicos, sino también mediante la narrativa que permitió identificar algunas de las condiciones socioeconómicas y culturales en las que transcurrió su vida desde la niñez hasta la muerte materna.

En el capítulo cinco se explora la trayectoria y sus características acorde a las diferentes etapas del embarazo hasta la muerte materna, se mencionan algunos aspectos de sus antecedentes obstétricos así como las características de la atención prenatal, la atención del embarazo y sus complicaciones, así como las etapas de referencia y contrarreferencia seguidas hasta la muerte materna.

En la última parte se encuentran los anexos donde se incluyen los instrumentos utilizados, así como el glosario y la bibliografía empleada.

CAPITULO 1

SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

1.1 *Situación actual nacional*

La muerte materna en México se presenta en las zonas metropolitanas o ciudades medias, el 60% de estas muertes ocurre en mujeres de 20 a 34 años, más del 90% tuvieron atención prenatal en hospitales públicos y por causas prevenibles asociadas con la mala calidad de la atención. Sin embargo, se observa un cambio importante en las causas de defunción materna, en años anteriores, las primeras causas de muerte materna correspondían a la enfermedad hipertensiva del embarazo, la hemorragia, la infección puerperal, el aborto y otras causas (Salud, 2013).

Del 2011 al 2012 se modificaron las causas de muerte materna y actualmente se ha incrementado el porcentaje de las causas obstétricas indirectas como fue la influenza en 2009. A pesar de que se ha observado una reducción en la muerte materna a nivel nacional, existen grandes brechas entre las entidades federativas en donde aún se presentan Razón de Mortalidad materna (RMM) altas, similares a países subdesarrollados y con índices de desarrollo bajo. Como se observa en Guerrero, Chiapas y Oaxaca (Salud, 2013).

El 61% de la mortalidad se encuentra en 10 entidades federativas que son: Estado de México, Veracruz, Chiapas, Puebla, Distrito Federal, Guerrero,

Oaxaca, Jalisco, Chihuahua y Baja California, concentrándose en municipios urbanos.

1.2 Situación actual en Hidalgo y municipios más afectados en los últimos años

Se cuenta con una red de atención estructurada en 4 regiones: Pachuca, Valle del Mezquital, Tulancingo y Tula, con 6 hospitales resolutivos (4 SSH, 1 IMSS, 1 ISSSTE), 48 unidades estabilizadoras y 35 unidades que atienden partos; esta red de atención es Intersectorial; por parte de los Servicios de Salud de Hidalgo está integrada por 17 jurisdicciones sanitarias, 481 centros de salud, 15 hospitales y 38 caravanas de la salud.

En el estado de Hidalgo se tiene un total de 2,842,784 habitantes, de los cuales 1,292,889 son mujeres en edad fértil, de 10 a 49 años de edad, con un registro anual promedio de 34 mil embarazadas y un total de 24 mil nacimientos en los servicios de salud.

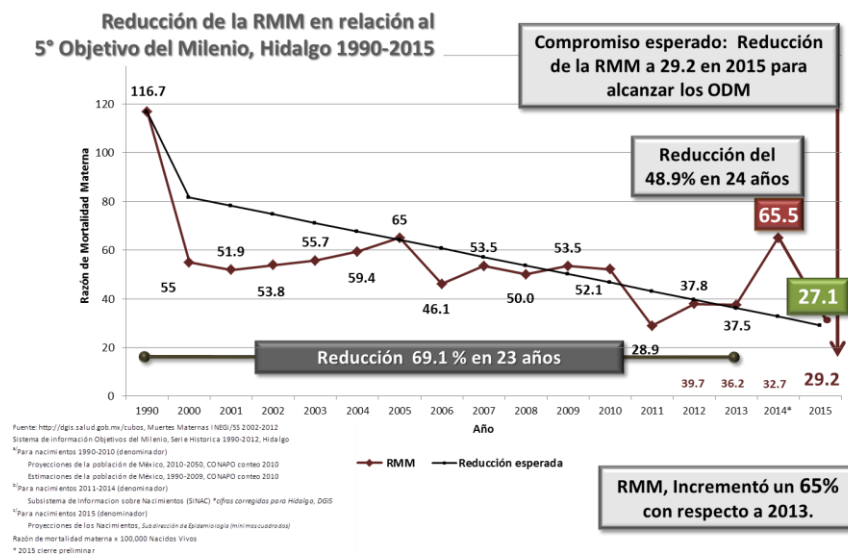
Tabla 1. Población por institución 2015

INSTITUCIÓN	MEFRES	EMBARAZADAS	NACIMIENTOS
SSH	801,751	34,998	24,810
IMSS Ordinario	204,598	6,800	6,300
IMSS Oportunidades	212,453	8,500	8,000
ISSSTE	74,087	1,000	700

Fuente: Regionalización operativa 2015, departamento de estadística SSH

Con base al cálculo del indicador reportado en el sistema de información de los Objetivos del Desarrollo del Milenio, el compromiso para el estado de Hidalgo es disminuir 87.5 puntos en la razón de mortalidad materna tomando como punto de partida la cifra estimada para 1990, de 116.7 defunciones por cada 100,000 nacidos vivos como se muestra en el gráfico 1, la meta es lograr para el año 2015 una razón de mortalidad materna de 29.2; para el año 2014, el estado de Hidalgo ha logrado reducir 51.2 puntos, lo que representa en una razón de mortalidad materna de 65.5 defunciones por cada 100,000 nacidos vivos, cifra que se encuentra 36.3 puntos por arriba de lo esperado para 2015.

Gráfico 1. Reducción de la RMM en relación al 5° Objetivo del Milenio

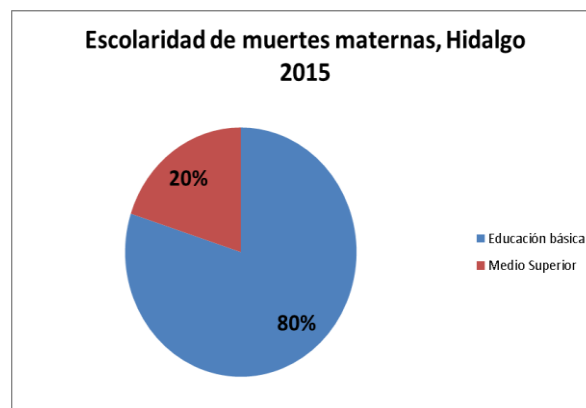


El comportamiento estatal de la mortalidad materna en el año 2014 muestra un incremento en la ocurrencia de defunciones, lo que ubica la RMM con cierre de 65.5 muertes maternas por cada cien mil nacidos vivos registrados, es decir 32.5 puntos más que la esperada para el cierre del mismo año. Con información preliminar al mes de diciembre, en 2015 el estado de Hidalgo registra una razón

de 27.7 defunciones maternas por 100 mil nacidos vivos (15 defunciones), es decir 2.1 puntos por debajo de lo esperado para el cierre del año con base a la meta de los objetivos del desarrollo del milenio.

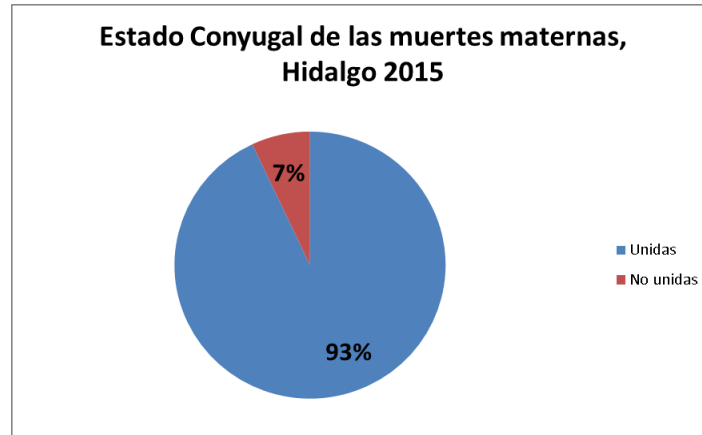
En 2014 el 36% de las muertes maternas fue por causas obstétricas indirectas y para 2015 de las 15 defunciones que se encuentran registradas 6 fueron por causas obstétricas indirectas. (Salud Hidalgo, 2015)

El análisis de la mortalidad materna en 2015 según escolaridad de las mujeres, muestra que el 80% corresponde a escolaridad básica, el 20% nivel medio superior; la RMM según el grado de escolaridad, es de 38.8 y 19 defunciones por cada 100 mil nacidos vivos registrados (NVR) respectivamente.



En cuanto al estado conyugal, en el 93% de las defunciones, la mujer vivía en unión conyugal (RMM 28.3); sin embargo con base en la RMM y con una defunción registrada, ésta es tan solo 8.3 puntos menor en las mujeres sin unión

conyugal (para el 2015 se registran 19.6 decesos en mujeres sin unión conyugal por cada 100 mil NVR).



La RMM más alta según el grupo de edad, es en mujeres de 40 a 44 años de edad, 106.2 muertes por cada 100 mil nacidos vivos registrados, siguiendo en orden decreciente el de 30 a 34 años (33.9 defunciones por cada 100 mil nacidos vivos registrados) y el grupo de adolescentes de 15 a 19 años es de 30.2.

De acuerdo al sitio de ocurrencia de las muertes maternas en 2015 se registran el 60% en unidades de los SSH; el 13% en unidades del IMSS Régimen Ordinario y el 13% con sitio de defunción en unidad privada y 13% en el hogar, por lo que la RMM para este año global en Hidalgo es de 272.2). La RMM más alta por sitio de ocurrencia en unidades médicas se observa en los hospitales de los Servicios de Salud de Hidalgo (34.4 por 100 mil NVR).

Tabla 2. RMM por municipio según grado de marginación, Hidalgo 2015

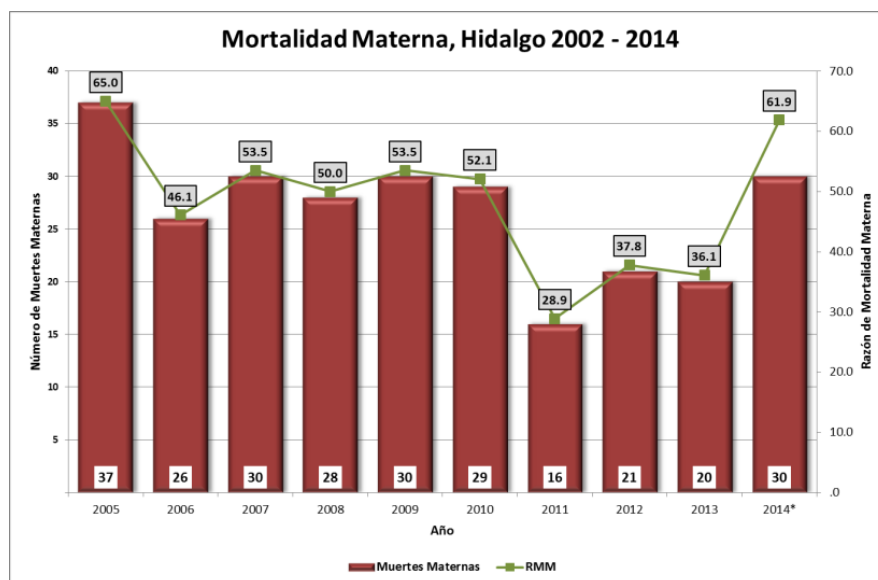
MUNICIPIO	CATEGORIA	Grado de Marginación					Total MM	RMM
		NVR	Muy bajo	Bajo	Medio	Alto		
PACHUCA DE SOTO	Muy bajo		19.0				1	19.0
MINERAL DE LA REFORMA	Muy bajo		95.6				2	95.6
TIZAYUCA	Muy bajo		50.9				1	50.9
Muy bajo		13234	30.2				4	30.2
APAN	Bajo			119.8			1	119.8
VILLA DE TEZONTEPEC	Bajo			401.6			1	401.6
Bajo		14993		13.3			2	13.3
SAN AGUSTIN TLAXIACA	Medio				183.5		1	183.5
TASQUILLO	Medio				333.3		1	333.3
ZIMAPAN	Medio				270.3		2	270.3
Medio		8319			48.1		4	48.1
ACATLAN	Alto					200.4	1	200.4
ACAXOCHITLAN	Alto					157.2	2	157.2
MOLANGO DE ESCAMILLA	Alto					490.2	1	490.2
TENANGO DE DORIA	Alto					312.5	1	312.5
Alto			12475			40.1	5	40.1
Muy alto		2386					0	0.0

Fuente: Certificados de Defunción
Razón de mortalidad materna x 100,000 Nacidos Vivos
Subsistema de Información sobre Nacimientos (SINAC)
Cifras corregidas para Hidalgo, DIGIS
* 2015 preliminar

La distribución de la mortalidad materna por municipio según el grado de marginación muestra que la RMM más alta corresponde a los municipios de grado medio de marginación con 4 defunciones registra 48.1 decesos por cien mil NVR; le sigue en orden decreciente los municipios con grado de marginación alto y muy bajo con RMM de 40.1 y 30.2 respectivamente (cuadro 1); tal distribución responde al comportamiento de la mortalidad materna en cuanto al peso relativo que corresponde a la ocurrencia de fallecimientos por causas obstétricas indirectas las cuales se identifican mayormente en zonas urbanas y se relacionan con la tendencia de la transición epidemiológica y demográfica en la entidad.

En el estado de Hidalgo durante el periodo 2005 a 2014 se han registrado un total de 284 muertes maternas, de los cuales los años con mayor número de decesos han sido 2005, 2007 y 2009 (37, 30 y 30 decesos respectivamente); 2011 es el año con menor número de fallecimientos registrados, 16 muertes maternas con una RMM de 28.9 muertes por cada 100,000 nacidos vivos registrados (gráfico 2).

Gráfico 2. Defunciones y RMM, Hidalgo 2005 – 2014



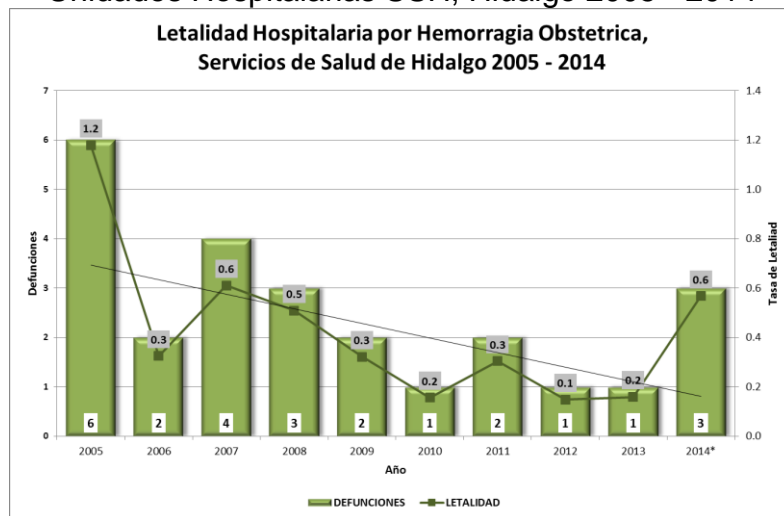
Fuente: <http://dgs.salud.gob.mx/cubos>, Muertes Maternas INEGI/SS 2002-2012
 Sistema de información Objetivos del Milenio, Serie Histórica 1990-2012, Hidalgo
 Proyecciones de la población de México, 2010-2050, CONAPO conteo 2010
 Nacidos Vivos Registrados 2005 -2010 INEGI
 Subsistema de Información sobre Nacimientos (SINAC) 2011 - 2013
 Razón de mortalidad materna x 100,000 Nacidos vivos registrados
 * 2014 cierre preliminar

El año 2014 comparativamente con 2013, muestra un incremento en el número de muertes maternas, en el cierre preliminar 2014 se han notificado al Sistema Estatal de Vigilancia Epidemiológica un total de 33, lo que representa una RMM de 59.6 defunciones por cada 100,000 nacidos vivos registrados, 26.9 veces mayor a lo esperado para el cierre del año (gráfico 1 y 2).

1.3 Características de la muerte materna por causas

En el estado de Hidalgo durante el periodo comprendido del 2005 al 2014 cierre preliminar la letalidad hospitalaria por Hemorragia Obstétrica en las unidades de los Servicios de Salud de Hidalgo muestra una tendencia descendente, con una tasa de letalidad de 1.2 defunciones por cada 100 egresos hospitalarios en 2005; en 2014 disminuye 0.6 puntos porcentuales con una tasa de 0.6; los años que registran la más alta letalidad por Hemorragia Obstétrica en orden decreciente son 2005, 2006, 2014 y 2008 con tasas de 1.2, 0.6, 0.6 y 0.5 respectivamente (gráfico 3)

Gráfico 3. Letalidad Hospitalaria por Hemorragia Obstétrica, Unidades Hospitalarias SSH, Hidalgo 2005 - 2014



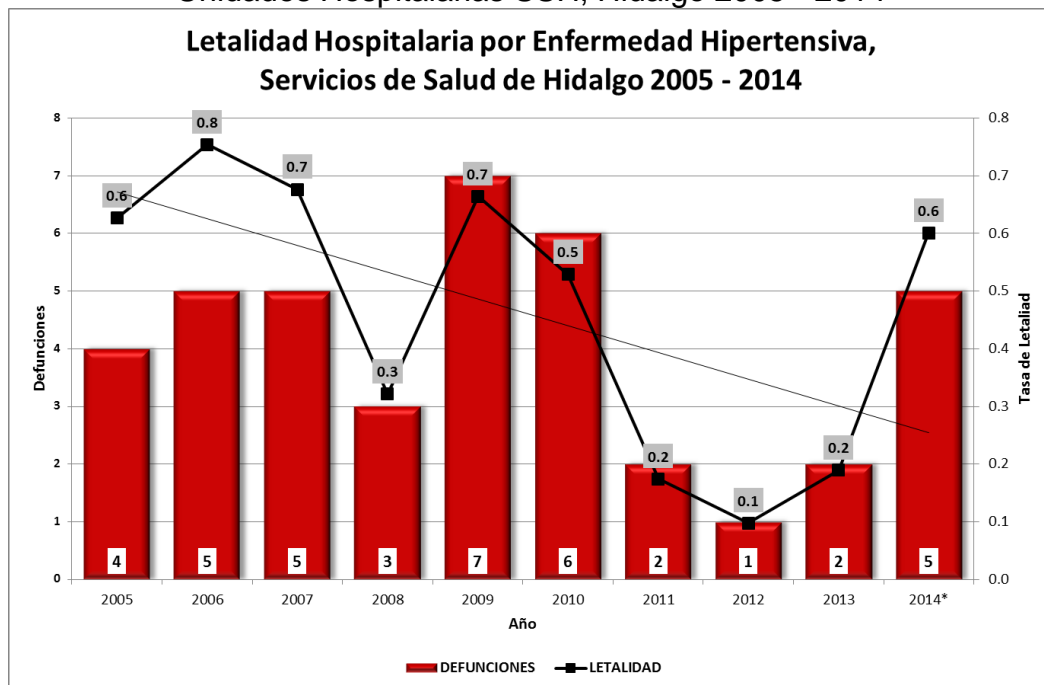
Fuente: <http://dgis.salud.gob.mx/cubos>, Muertes Maternas INEGI/SS 2002-2012
 Certificados de Defunción, Subdirección de Epidemiología, HIDALGO
 Sistema Automatizado de Egresos Hospitalarios SAEH 2005 - 2014
 Tasa de letalidad x 100
 * corte al 25 de julio

En el estado de Hidalgo durante el periodo comprendido del 2005 al cierre 2014 la letalidad hospitalaria por Enfermedad Hipertensiva en los Servicios de Salud de Hidalgo muestra una tendencia descendente, sin embargo la tasa de letalidad (0.5 en 2014) tiene un incremento significativo con respecto a la reportada en el

año 2013 (0.2); en comparación del año 2005 para el año 2013 la tasa disminuyó 0.4 puntos porcentuales, lo que corresponde a 0.6 defunciones por cada 100 egresos hospitalarios para 2005, y 0.2 para 2013.

Los años que registran mayor número de ocurrencia de muertes maternas por enfermedad hipertensiva en los hospitales de los Servicios de Salud de Hidalgo son 2009, 2010 y 2014 con una letalidad del 0.7, 0.5% y 0.5% respectivamente (gráfico 4).

Gráfico 4. Letalidad Hospitalaria por Enfermedad Hipertensiva, Unidades Hospitalarias SSH, Hidalgo 2005 - 2014

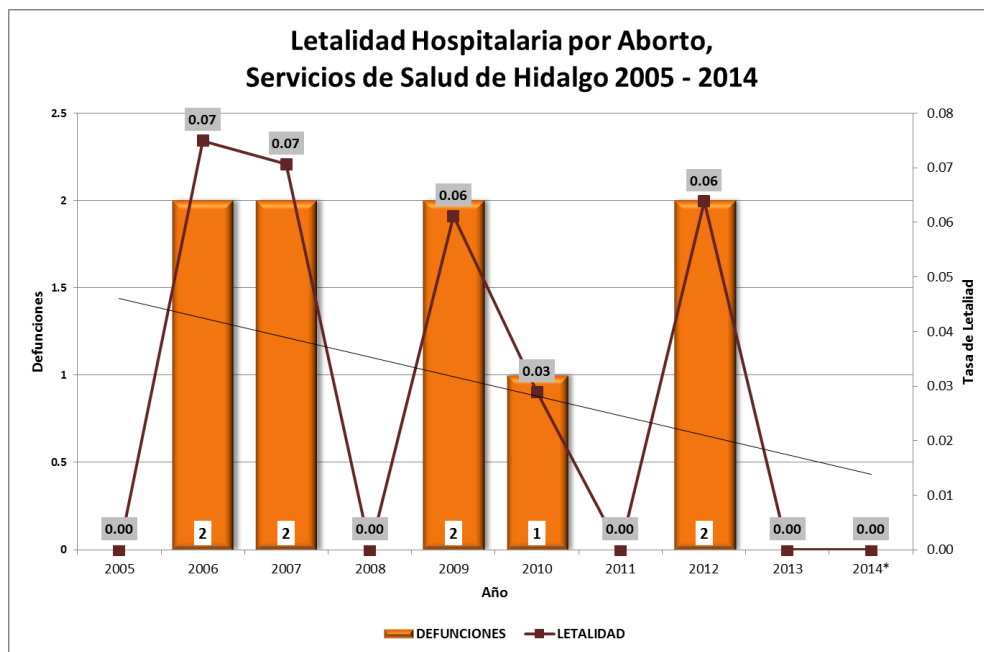


Fuente: <http://dgis.salud.gob.mx/cubos>, Muertes Maternas INEGI/SS 2002-2012
 Certificados de Defunción, Subdirección de Epidemiología, HIDALGO
 Sistema Automatizado de Egresos Hospitalarios SAEH 2005 - 2014
 Tasa de letalidad x 100
 * corte al 25 de julio

Las muertes maternas causadas por aborto en los hospitales de los Servicios de Salud de Hidalgo, registran en el periodo analizado un total de 9 decesos, la letalidad hospitalaria por ésta causa es de 0.03 a 0.07 decesos por cada 100

egresos hospitalarios, con tendencia descendente debido a que en los años 2013 y 2014 no se registran muertes maternas por ésta causa; en los años 2006, 2007, 2009, 2010 y 2012, la letalidad es del 0.07, 0.07, 0.06, 0.03 y 0.06% respectivamente (gráfico 5).

Gráfico 5. Letalidad Hospitalaria por Aborto, Unidades Hospitalarias SSH, Hidalgo 2005 – 2014

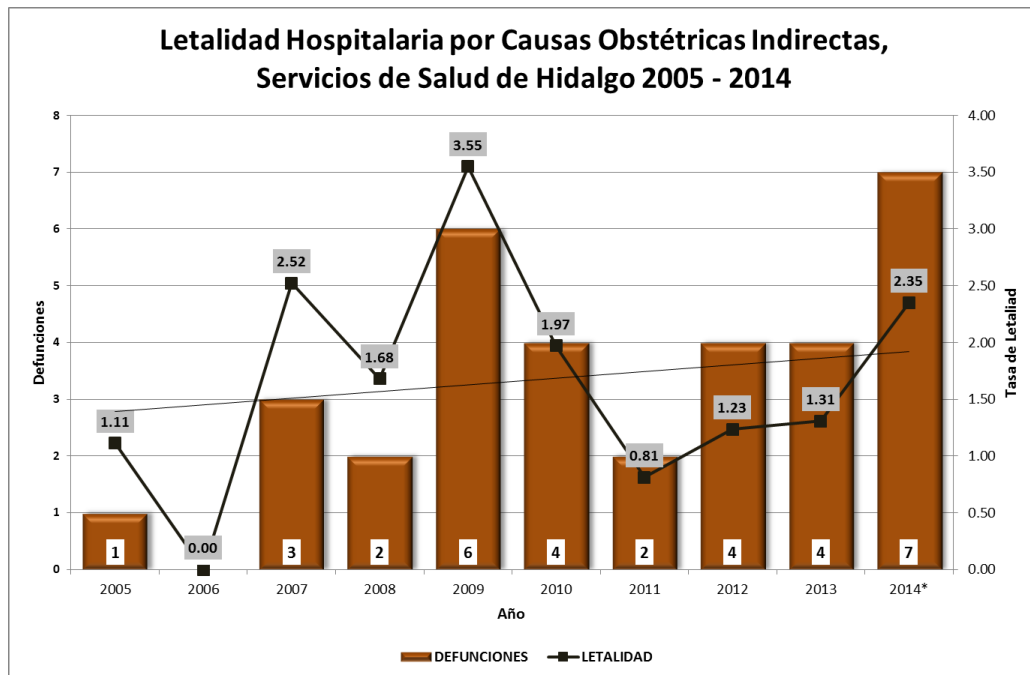


Fuente: <http://dgis.salud.gob.mx/cubos>, Muertes Maternas INEGI/SS 2002-2012
 Certificados de Defunción, Subdirección de Epidemiología, HIDALGO
 Sistema Automatizado de Egresos Hospitalarios SAEH 2005 - 2014
 Tasa de letalidad x 100
 * corte al 25 de julio

En el estado de Hidalgo en el periodo analizado la letalidad hospitalaria por causas obstétricas indirectas en los hospitales de los Servicios de Salud de Hidalgo muestra una tendencia ascendente en el año 2014, la letalidad se ha incrementado en 3.8 veces con respecto a la reportada para el año 2005, de 1.1 a 4.3% tan solo a la mitad del año.

Los años que registran mayor número de ocurrencia de muertes maternas son 2014, 2009 y 2007 con una letalidad del 4.3, 3.5 y 2.5% respectivamente (gráfico 6).

Gráfico 6. Letalidad Hospitalaria por Causas Obstétricas Indirectas, Unidades Hospitalarias SSH, Hidalgo 2005 – 2014



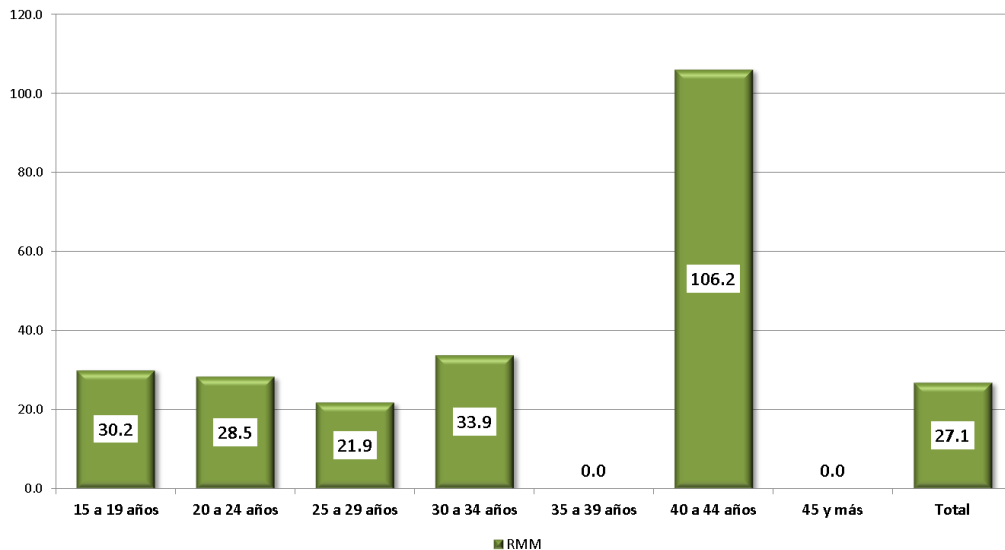
Fuente: <http://dgis.salud.gob.mx/cubos>, Muertes Maternas INEGI/SS 2002-2012
 Certificados de Defunción, Subdirección de Epidemiología, HIDALGO
 Sistema Automatizado de Egresos Hospitalarios SAEH 2005 - 2014
 Tasa de letalidad x 100
 * corte al 25 de julio

1.4 Distribución por edad

La razón de mortalidad materna en el 2015 más alta según el grupo de edad es en mujeres de 35 a 39 años de edad, 221.6 muertes por cada 100,000 nacidos vivos registrados, siguiendo en orden decreciente el grupo de 44 a 49 años y de 30 a 34 años (106.2 y 79 respectivamente). Gráfico 7.

Mientras que la razón de mortalidad materna en el 2016 más alta según el grupo de edad es en mujeres de 40 a 44 años de edad, 106.2 muertes por cada 100,000 nacidos vivos registrados, siguiendo en orden decreciente el grupo de 30 a 44 años y de 15 a 19 años (33.9 y 30.2 respectivamente). Gráfico 8. Donde se observa que para este año el segundo lugar del año anterior ocupa el primer lugar en razón de muerte materna, cabe mencionar que dentro de los tres primeros se encuentra el grupo etario de 15 a 19 años por lo que es importante generar estrategias para estos grupos de edad os cuales son los extremos de la vida reproductiva.

Gráfico 7. Razón de mortalidad materna Grupo de edad, Hidalgo 2015*



Fuente: Certificados de Defunción
 Razón de mortalidad materna x 100,000 Nacidas Vivas
 Subsistema de Información sobre Nacimientos (SINAC)
 Cifras corregidas para Hidalgo, DGS
 * 2015 cierre preliminar.

El en Estado de Hidalgo se han realizado diversas estrategias para disminuir la muerte materna, como fortalecer la red de atención de emergencia obstétrica,

así como involucrar a la comunidad con las mujeres embarazadas a través de redes sociales, sin embargo la mujeres embarazadas o en el parto o puerperio siguen muriendo a pesar de los esfuerzos generados, no se ha podido disminuir la muerte materna como se quisiera. Se han realizado diversos tipos de capacitaciones tanto para la población, como para personal médico y paramédico de primer y segundo nivel de atención y capacitación especializada para el manejo de las emergencias obstétricas; las estadísticas nos muestran que las defunciones maternas por causas directas van disminuyendo y en aumento se encuentran las defunciones maternas indirectas, pero la violencia puede ser la causa básica de las defunciones que culminan con alguna morbilidad materna severa directa como es la hemorragia obstétrica o la enfermedad hipertensiva del embarazo, por lo que en las estadísticas quedan registrados estos últimos datos y la violencia de género queda disfrazada, por lo que no hay cifras de la misma.

Un aspecto que ha llamado la atención recientemente de los especialistas de la salud en México es la expresión de la violencia contra las mujeres embarazadas. Este fenómeno está ampliamente reconocido como un problema de salud pública de considerable impacto en la salud tanto de la mujer como en la del bebé por las consecuencias físicas y emocionales que tiene, por la demanda que representa en los servicios de salud (ya sea de la medicina institucional o tradicional) y por su alta prevalencia. (Carlessi, 1986)

Las mujeres que han sufrido golpes presentan un riesgo dos veces mayor de abortar, tener desprendimiento prematuro de placenta, presentar corioamnionitis, precipitación del parto y complicaciones post-parto y como consecuencia fatal, la muerte. (Heding, 2000)

Uno de los aspectos medulares del problema de la violencia durante el embarazo se relaciona con la respuesta de los servicios de salud ante el problema, ya que está ampliamente documentado que las mujeres embarazadas que sufren violencia demoran o no asisten a la consulta prenatal por la dinámica que existe entre la pareja, lo cual obstaculiza la vigilancia adecuada de los embarazos y dificulta la detección y el tratamiento oportuno de posibles complicaciones. (Valdez-Santiago, 1998).

En relación al cuidado a su salud durante la gestación y atención del parto las mujeres que son víctimas de violencia durante el embarazo no cumplen con el número de consultas prenatales óptimo, ni con la adecuada atención a las complicaciones durante el embarazo; al analizar la asociación de la violencia de pareja en mujeres que desarrollaron preeclampsia-eclampsia, en el H.G.Z y MF No. 1 de Pachuca Hgo, se reportó que el 33% de estas mujeres habían sufrido violencia de pareja. (Castañeda 2011)

En el registro del certificado de defunción sobre muertes maternas; en los casos donde se ve involucrada la violencia actualmente se carece de un registro que permita la inclusión de la violencia relacionada con la salud materna en los

registros oficiales de mortalidad materna como una causa indirecta. (Campero 2006)

CAPÍTULO 2

ASPECTOS METODOLÓGICOS

La revisión de la literatura sobre las causas de muerte materna permite ver que el estudio de la misma se centra principalmente en las situaciones fisiopatológicas, dejando de lado los aspectos socio-culturales, así como la relación causal entre violencia-muerte materna. Para dar respuesta a un análisis más claro al respecto, en este capítulo se describe la metodología que se emplea para el análisis de la trayectoria de atención del embarazo, parto y puerperio, la muerte materna y su relación con la violencia de género.

2.1 Pregunta de investigación

Este trabajo busca abordar el problema de la muerte materna desde un enfoque que considera a la reproducción y su atención como un fenómeno socioeconómico y cultural; y cómo estos aspectos estuvieron presentes en la trayectoria de atención de cuatro mujeres embarazadas quienes terminaron en muerte materna por lo cual el análisis de expedientes y las narrativas del personal de salud constituyen la base de esta indagación.

Para determinar cómo las condiciones socioeconómica, cultural y subjetivas se interrelacionaron en las prácticas de cuidado de la Salud Reproductiva, se expuso la siguiente pregunta de investigación: **¿Cuáles fueron los factores socioeconómicos culturales, y de género presentes en la trayectoria de atención del embarazo, parto y puerperio de cuatro mujeres en el estado de Hidalgo, cuya condición de salud se complicó y derivó una muerte materna?**

A partir de esta interrogante, se formuló una hipótesis, la cual enuncia que: La organización de la vida social se traduce en la construcción de prácticas socioculturales e institucionales que generan desigualdad, condición que estratifica el cuidado y atención de la salud materna.

A partir de lo anterior se planteó como objetivo de esta investigación el describir y analizar de qué manera, la posición que las mujeres ocuparon al interior de la familia, las redes de apoyo con las que contaron, los usos y costumbres para la atención del parto y la violencia de género vivida, estuvieron presentes como factores de riesgo en la trayectoria de atención del embarazo, parto y puerperio de cuatro mujeres, cuya condición de salud se complicó y derivó en muerte materna en el Estado de Hidalgo.

2.2 Enfoque teórico

Considerando que esta condición se produce y reproduce afectando la vida de las mujeres, y tomando en cuenta el postulado de Freyermuth (2014), se entiende por desigualdad a la carencia de oportunidades para contar con servicios médicos de calidad y a la distancia geográfica, social y cultural que ante condiciones de vida particulares -violencia de género y construcción de la identidad a partir de la maternidad-, aleja o impide el acceso de las mujeres de los espacios de atención médica.

Asimismo, se consideró que la desigualdad se relaciona con los roles de género, el cual, según Matamala (2002), remite a un sistema de relaciones sociales desiguales que determinan las distintas formas de estar en el mundo, de enfermar y morir respecto al sexo de pertenencia, además de los perfiles y necesidades de salud específicas de las mujeres y los hombres.

En el caso de las construcciones identitarias de género y desigualdad, se puede decir que el fenómeno es complejo. Valcarcel (2002), señala que mientras la transgresión es estimulada para el hombre, en la mujer acarrea desigualdad que se traduce en exclusión. La desigualdad puede observarse a partir de mecanismos complementarios como el poder y la violencia, conjuntamente. Para Foucault (1988), el poder es una relación de fuerzas de las que nadie escapa y

que atraviesan todos los contextos: espacios públicos y privados, la política, la vida cotidiana, relaciones de pareja, instituciones, la generación de conocimientos y por supuesto, la salud.

A través del concepto de poder, Foucault en 1992 define el *biopoder* como un dispositivo disciplinario que se aplica a los cuerpos para controlarlos y vigilarlos. En el caso específico de las mujeres, el biopoder se inscribe en su cuerpo de diferentes formas, (cuerpos enfermos, dóciles, anoréxicos, fértiles, violados, explotados, mutilados, prostituidos, esterilizados).

Los sistemas de poder siempre son coercitivos, ya que estos se ejercen mediante mecanismos de violencia, la cual, según Castro (2008), es utilizada como “una forma de establecer, reforzar o perpetuar las desigualdades de género que se traducen en violencias de género”. La violencia de género se da en un contexto de desigualdad, escenario que favorece a los varones, quienes, la mayoría de las veces, ostentan el poder en la relación dominación/obediencia (Castro 2008).

En la publicación de la *Cuarta Conferencia Mundial sobre la mujer* en 1995, la ONU define a la violencia de género como “todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, inclusive las amenazas de tales actos, la coerción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la privada”.

Al respecto, Marcela Lagarde, en 2007, plantea la necesidad de definir a la violencia de género a modo de que no se confunda con el concepto de violencia contra las mujeres, pues género no es igual a mujer, y enuncia que “*la violencia de género contra las mujeres es estructural, porque se trata de una sólida construcción de relaciones prácticas e instituciones sociales que generan, preservan y reproducen poderes (accesos, privilegios, jerarquías, monopolios,*

control) de los hombres sobre las mujeres y al mismo tiempo, conculcan poderes sociales, sexuales, económicos, políticos, jurídicos y culturales”.

La violencia de género, en tanto expresión de la relación de desigualdad, toma diferentes formas pero se materializa en prácticas específicas, cuya causalidad se encuentra en las condiciones estructurales de la sociedad que propician el aislamiento y marginación de una atención médica efectiva y oportuna de la salud materna.

2.3 Categoría de análisis

Para fines de este trabajo, se considera a la trayectoria de atención como la categoría de análisis principal. El concepto *trayectoria de atención* se retomó de la propuesta de Javier Osorio en el 2001, elaborada a partir del trabajo de Goffman (1988). Osorio define como trayectoria de atención a “la secuencia de decisiones y estrategias que son instrumentadas por los sujetos para hacer frente a un episodio concreto de padecer”. Cuando Osorio habla de estrategias, se refiere a las prácticas sociales, modelos de atención, instituciones de salud y actores que intervienen en la atención de los enfermos.

En este estudio, se entenderá como trayectoria de atención a la serie de ordenamientos sociales, culturales e institucionales de los eventos relacionados al proceso de cuidado del embarazo y la muerte materna. A través de la trayectoria de atención, se pretende determinar cómo las condiciones de vida marcadas por las circunstancias económicas, socioculturales, subjetivas y la exposición a la violencia de género, delinearon el comportamiento reproductivo y la maternidad en un conjunto de sucesos y estrategias que siguieron las mujeres del estudio.

Al referirnos al comportamiento reproductivo, estamos frente a un fenómeno complejo acorde a las características socioeconómicas, étnicas y de género de

las personas donde transcurre la vida de las mujeres y que se caracteriza por ser altamente estratificado. El comportamiento reproductivo se regula a través de la familia, la escuela, la religión, las instituciones de salud y otras más como los usos y costumbres, que de manera permanente, generan discursos a partir de los cuales las personas forjan sus prácticas sexuales, reproductivas y que determinan la manera en que las mujeres desarrollan la maternidad.

Para hablar de maternidad, es necesario tener en cuenta cómo a partir del sexo se asignan roles de género y que dentro de estos se ubican un conjunto de prácticas discursivas sobre una jerarquización social basada en las diferencias sexuales y biológicas entre hombres y mujeres, que determinan la asignación social que se les da como madres (Palomar, 2004).

Desde estas perspectivas, se ha considerado a la maternidad como una construcción histórica, social y cultural, basada en las características biológicas de gestar, parir y amamantar (Núñez, 2000).

A pesar de que la maternidad se da por esta jerarquización y práctica discursiva, existen factores como la edad, la condición socioeconómica, la salud física y/o mental, la clase y la etnia, así como los rasgos con los que se encuentra "marcado" el cuerpo y que no son tomados en cuenta dentro de la normatividad.

De ahí que cuando el ideal de maternidad se desvía al encontrarse atravesado por circunstancias de raza, etnia y condiciones sociales, económicas y culturales precarias, estas se vuelven una fuente de complicaciones, las cuales, pueden conducir las desde un estado de morbilidad durante el embarazo, hasta la misma muerte, haciendo visibles las desigualdades en el derecho y acceso al cuidado de la salud materna según Freyermuth en el año 2012.

2.4 El trabajo de campo

El trabajo de campo se realizó del 1 de Septiembre del 2014 al 9 de Octubre del 2015 en diferentes localidades del estado de Hidalgo y a través de dos etapas: la primera, consistió en la revisión de los expedientes clínicos; y la segunda, a la realización de entrevistas semiestructuradas a diferentes actores.

2.5 Revisión de expedientes

En una primera etapa y con la finalidad de conocer cuál era la situación de la muerte materna a nivel estatal, se llevó a cabo la revisión de expedientes de defunciones maternas ocurridas del 1 de enero del 2011 al 31 de diciembre del 2013 dando un total de 58 defunciones, de la cuales se analizaron los antecedentes gineco-obstétricos, la atención médica recibida de acuerdo a: la normatividad vigente, y las guías de práctica clínica y lineamientos, así como la aplicación de la herramienta de violencia (para indagar si existió violencia de género dentro de las factores de riesgo), se analiza de igual manera la autopsia verbal (la cual se realiza a los familiar, dentro de los 30 días después del fallecimiento) con el fin identificar las demoras de la atención.

2.6 Entrevista semiestructurada

La segunda etapa correspondió a la realización de entrevistas semiestructuradas con la intención de reconstruir y describir la ruta que siguieron las mujeres desde el embarazo hasta la muerte materna. La entrevista semiestructurada permitió recabar información sobre algunas características de las relaciones de pareja y familiares, exposición a riesgo o situaciones de violencia de género, así como las prácticas en la búsqueda de atención, acceso y persistencia -o no- del tratamiento.

Durante este tiempo se recopilaron las narraciones de diferentes agentes de salud, que de alguna manera habían estado en contacto con las mujeres del

estudio. Se les pidió autorización para la realización de la entrevista, explicándoles previamente el objetivo y el carácter confidencial de la misma, por lo cual, se utilizan pseudónimos para citar a cada uno de los diferentes actores y testimonios obtenidos.

La transcripción de las entrevistas fue un trabajo difícil, debido a que en ellas se narraban las condiciones en que transcurrieron estas muertes. Para ello, se indagaron los procesos y diferentes actores que estuvieron presentes en la trayectoria de atención de las mujeres.

En el trabajo de campo se observó el interés por parte de las personas entrevistadas, ya que accedieron a aportar información al respecto. Cabe mencionar que el acercamiento fue fácil y se logró empatía. La estrategia no fue aplicar como tal un formulario, sino mantener conversaciones estructuradas sobre el tema, cuidando de no dispersar la información y seguir un orden.

Estas “entrevistas” tuvieron una duración en promedio de 2 horas, se realizaron con cita previa y en una sola sesión. La principal limitación fue el hecho de que, al solicitarles que ubicaran ciertos detalles del proceso, algunas personas tuvieron dificultad para realizar dicha precisión. Sin embargo, el interés y el compromiso del personal fue determinante para recolectar la información y caracterizar de la manera más objetiva la trayectoria de cada una de las mujeres, más allá de las cifras.

2.7 Instrumentos

-Cuestionario cerrado. Este cuestionario se aplicó únicamente para el análisis de los expedientes; permitió la recopilación de datos relacionados con las características socioeconómicas de las mujeres y sobre el comportamiento reproductivo y antecedentes gineco-obstétricos en un orden cronológico. (Anexo 1)

–Entrevista semiestructurada. Este instrumento complementó la investigación para profundizar con mayor detalle en algunos de los momentos de las trayectorias de atención que antecedieron a la muerte materna de las mujeres del estudio, datos que no era posible explicarse solamente con la información del expediente clínico.

A partir del guion de la entrevista semiestructurada (ver Anexo 2), se recabó información del contexto familiar y de pareja, de la participación de los diferentes actores sociales, las prácticas terapéuticas a las que fueron sometidas, así como las nociones personales, de sus familiares y del personal de salud, sobre el cuidado de su salud y cómo se dio el acceso e interacción con los diferentes agentes, esto con el fin de conocer las fortalezas o limitantes de las estrategias seguidas en torno a la atención solicitada y otorgada en las diferentes etapas del embarazo que permitieran construir la trayectoria de atención.

2.8. La información y su sistematización

Para el análisis de la información recabada de los expedientes se identificaron los aspectos relacionados con: edad de la mujer, número de consultas prenatales semanas de gestación, resolución del embarazo, causa básica de defunción, lugar de la defunción, lugares por donde transitó para la atención. Se capturaron de manera directa los datos en una computadora personal en el programa SPSS versión 20.

Para el análisis de las narrativas obtenidas a través de las entrevistas semiestructuradas, fue necesario retranscribirlas en su totalidad. Siguiendo las recomendaciones que para el análisis cualitativo que plantea Roberto Castro 1996, se procedió a la búsqueda de los temas y categorías planteadas mediante la segmentación de las entrevistas por medio de la codificación y la construcción de categorías.

Para realizar el proceso de sistematización y organización de las narrativas, se utilizó el software Atlas-ti v. 7.5.4 En primer lugar se procedió a realizar el análisis de la narrativa de cada informante, buscando los temas y significados en relación con la muerte materna y su correspondencia con el comportamiento reproductivo, las redes sociales, la violencia de género, además de las estrategias en el cuidado y atención ante las complicaciones maternas. Finalmente, se compararon los casos para conocer sus similitudes y diferencias en las trayectorias de atención seguidas.

CAPÍTULO 3.

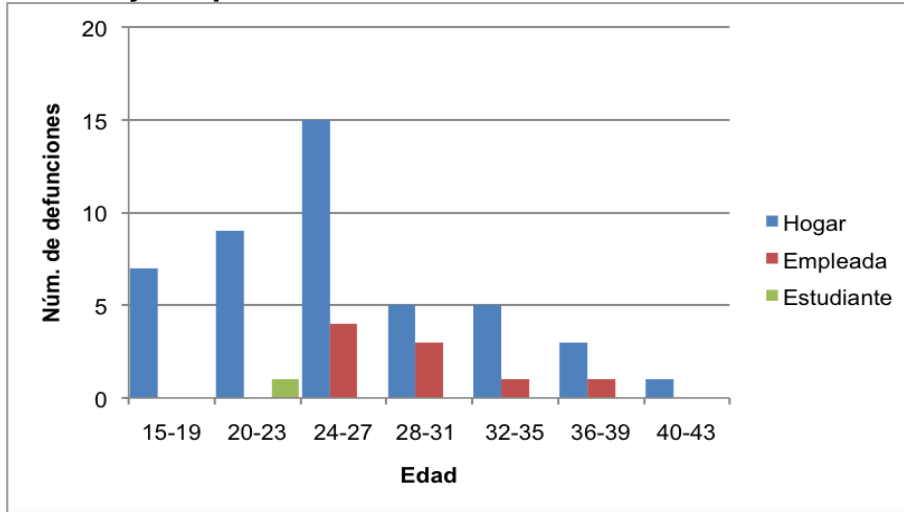
SITUACIÓN DE LAS MUERTES MATERNAS DURANTE EL PERIODO 2011 – 2013 EN EL ESTADO DE HIDALGO

En este tercer capítulo se realiza el análisis de las 58 defunciones maternas ocurridas en el estado de Hidalgo, del 1 de Enero del 2011 al 31 de diciembre del 2013, para lo cual se realizó un estudio descriptivo y retrospectivo del total de los expedientes. Para su análisis, se evaluaron los casos conforme los criterios señalados por la Organización Mundial de la Salud.

El registro de la información se diseñó en una base de datos de Excel para reunir la revisión de los expedientes clínicos y las autopsias verbales; asimismo, se aplicaron pruebas de estadística descriptiva. Se identificaron la frecuencia de la edad con la ocupación, estado civil, uso de método de planificación familiar, número de gestas, atención prenatal, si el control prenatal se realizó de acuerdo a NOM 007, escolaridad, jurisdicción de residencia, derechohabiencia, detección de riesgo obstétrico, tipo de atención obstétrica, detección de violencia y causas de defunción. Se obtuvieron valores porcentuales de las variables y se calcularon frecuencias simples y porcentajes.

En cuanto a edad, la mayor mortalidad se presentó en el grupo etario de 24 a 27 años, en el cual ocurrieron 20 defunciones (34.4 %); relativo a la ocupación, 47 de ellas (81%) se dedicaban al hogar. Llama la atención que el 100% de las defunciones maternas en el grupo de edad de 15 a 19 años se dedicaban al hogar (Gráfica 8).

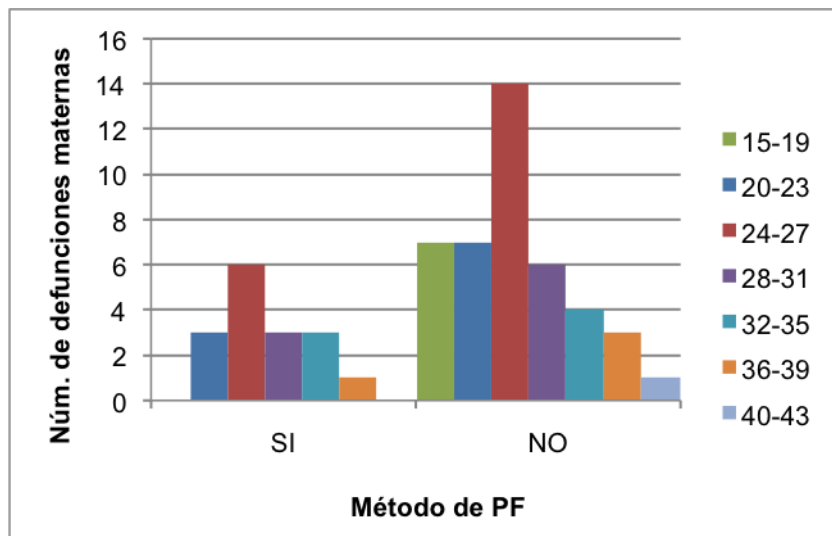
Gráfica 8. Número de defunciones maternas en Hidalgo del 2011 al 2013, de acuerdo a edad y ocupación



Fuente: expedientes clínicos de muertes maternas en Hidalgo 2011-2013

Relativo a planificación familiar, 42 mujeres (72.4%) no contaban con un método anticonceptivo ninguna de las mujeres adolescentes (0%) contaron con ello. (Gráfica 9).

Gráfica 9. Número de defunciones maternas de Hidalgo del 2011 al 2013, de acuerdo a edad y método de planificación familiar



Fuente: expedientes clínicos de muertes maternas en Hidalgo 2011-2013

Analizando el estado civil, encontramos que 25 mujeres (43%) vivían en unión

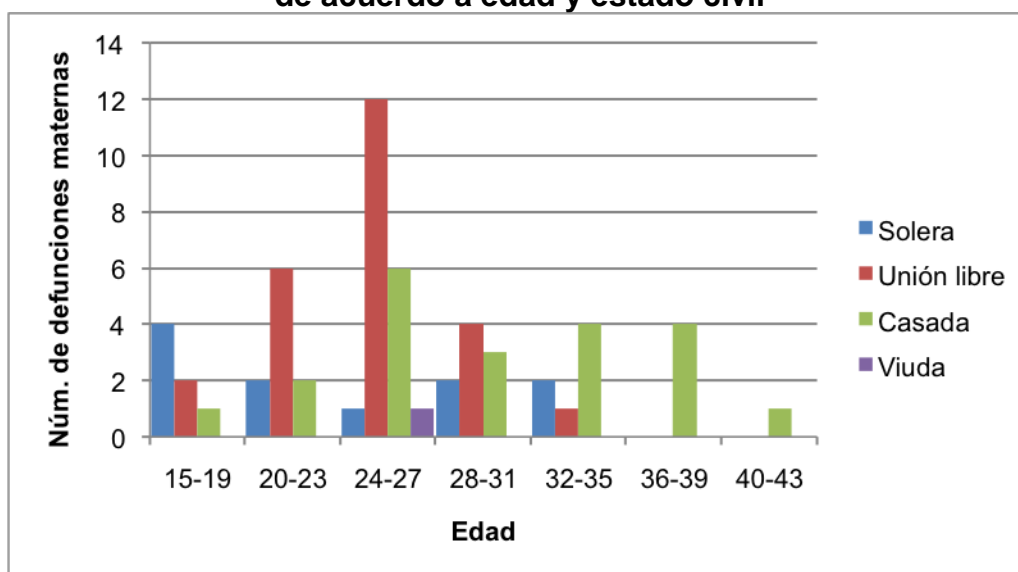
libre; 21 (36%) estaban casadas; 11 (19%) eran solteras y una (2%) era viuda. En relación a la edad con el estado civil, el mayor porcentaje de solteras se presentó en el grupo de edad de 15 a 19 años; unión libre en mujeres de 24 a 27 años y el mayor número de casadas se presenta en las edades de 36 a 39 años de edad (Tabla 3 y Gráfica 10).

Tabla 3. Número de defunciones maternas de Hidalgo del 2011 al 2013, de acuerdo a edad y estado civil

Estado Civil	Edad							%	Total
	15-19	20-23	24-27	28-31	32-35	36-39	40-43		
Soltera	4	2	1	2	2	0	0	19	11
Unión libre	2	6	12	4	1	0	0	43	25
Casada	1	2	6	3	4	4	1	36	21
Viuda	0	0	1	0	0	0	0	2	1
Porcentaje	12%	17%	34%	16%	12%	7%	2%	100	
Total	7	10	20	9	7	4	1	100	58

Fuente: expedientes clínicos de muertes maternas en Hidalgo 2011-2013

Gráfica 10. Número de defunciones maternas de Hidalgo del 2011 al 2013, de acuerdo a edad y estado civil

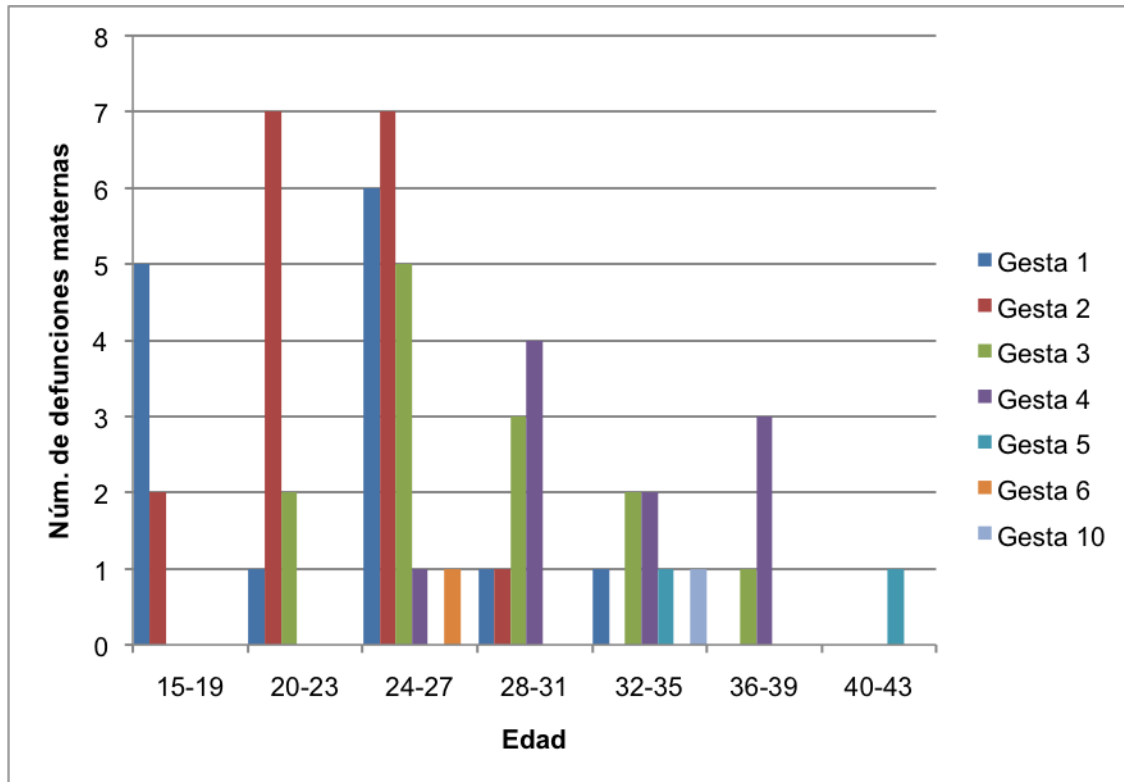


Fuente: expedientes clínicos de muertes maternas en Hidalgo 2011-2013

En cuanto al número de gestas, el 29.3% (17 mujeres) tuvieron dos gestas,

seguido de 14 pacientes con una gesta (24.1%), lo que indica que el mayor porcentaje de defunciones maternas no eran pacientes con antecedentes de multigestas (Gráfica 11).

Gráfica 11. Número de defunciones maternas de Hidalgo del 2011 al 2013, de acuerdo a edad y número de gestas



Fuente: expedientes clínicos de muertes maternas en Hidalgo 2011-2013

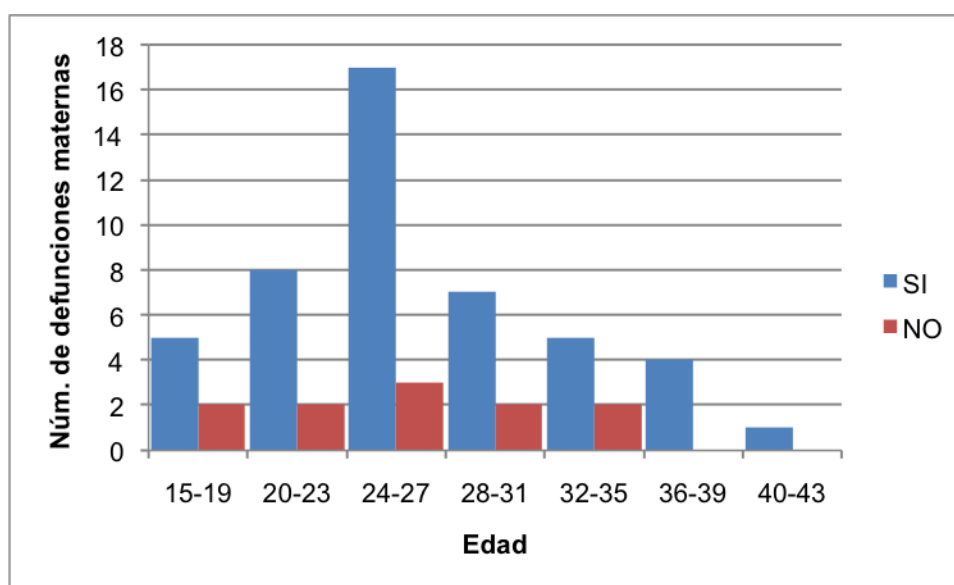
De acuerdo a los expedientes clínicos y en relación a la atención prenatal, 47 mujeres (81%) accedieron a atención prenatal, lo cual nos indica que las consultas prenatales no son de calidad. Mientras no se realice una consulta adecuada a las pacientes, no se podrán identificar los embarazos de riesgo, lo que aumenta el peligro de muerte (Tabla 4 y Gráfica 12).

Tabla 4. Número de defunciones maternas de Hidalgo del 2011 al 2013, de acuerdo a edad y atención prenatal

Atención prenatal	Edad							%	Total
	15-19	20-23	24-27	28-31	32-35	36-39	40-43		
SI	5	8	17	7	5	4	1	81	47
NO	2	2	3	2	2	0	0	19	11
Porcentaje	12%	17%	34%	16%	12%	7%	2%	100%	
Total	7	10	20	9	7	4	1	100	58

Fuente: expedientes clínicos de muertes maternas en Hidalgo 2011-2013

Gráfica 12. Número de defunciones maternas en Hidalgo del 2011 al 2013, de acuerdo a edad y atención prenatal

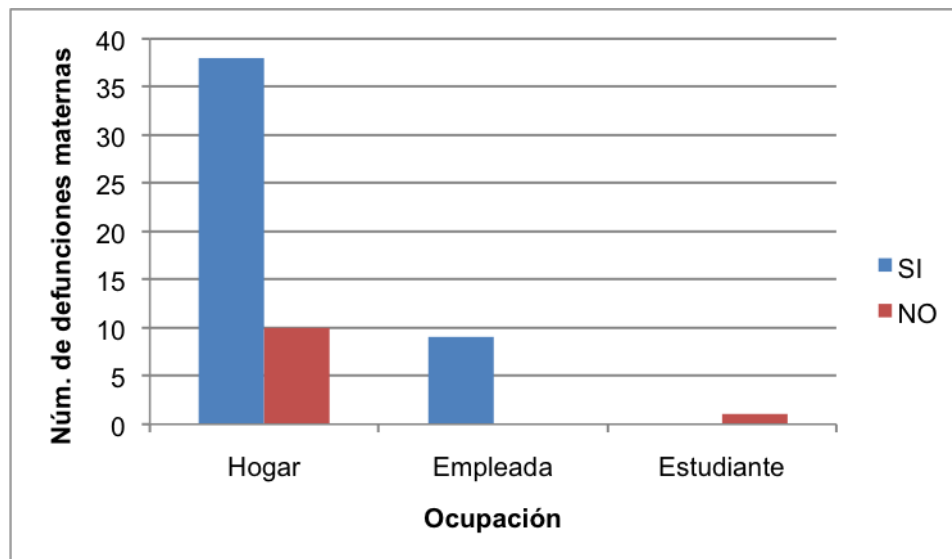


Fuente: expedientes clínicos de muertes maternas en Hidalgo 2011-2013

En cuanto al control prenatal de acuerdo a la NOM 007, observamos que 29 mujeres (50 %) no tuvieron un control prenatal de acuerdo a esta normatividad, por lo cual no se cumplieron los estándares de calidad ni se revisó de manera adecuada a las mujeres embarazadas, mucho menos se realizó una atención integral. El personal médico olvida indagar sobre algunas otras patologías que puedan complicar los embarazos, no interrogan sobre los factores de riesgo, y por lo tanto, éstos no son identificados a tiempo.

Analizando la ocupación y atención prenatal, encontramos que 10 mujeres (20 %) de las que se dedicaban al hogar no contaron con atención prenatal, así como el 100% de las mujeres que se dedicaban a estudiar tampoco contó con atención prenatal. Estos datos nos llevan a la reflexión de que un mayor porcentaje de mujeres amas de casa pudieron acceder a los servicios de salud, debido a que no tienen que cumplir con horarios fijos de trabajo, a diferencia de aquéllas que deben cumplir con un horario escolar, pero al mismo tiempo la mujeres con un empleo también acudieron a control prenatal en un 100%; esto podría decirse que las estudiantes podrían estar escondiendo embarazo por la condición de estudiante y que no eran independientes económicamente.(Gráfica 13).

Gráfica 13. Número de defunciones maternas en Hidalgo del 2011 al 2013, de acuerdo a ocupación y atención prenatal



Fuente: expedientes clínicos de muertes maternas en Hidalgo 2011-2013

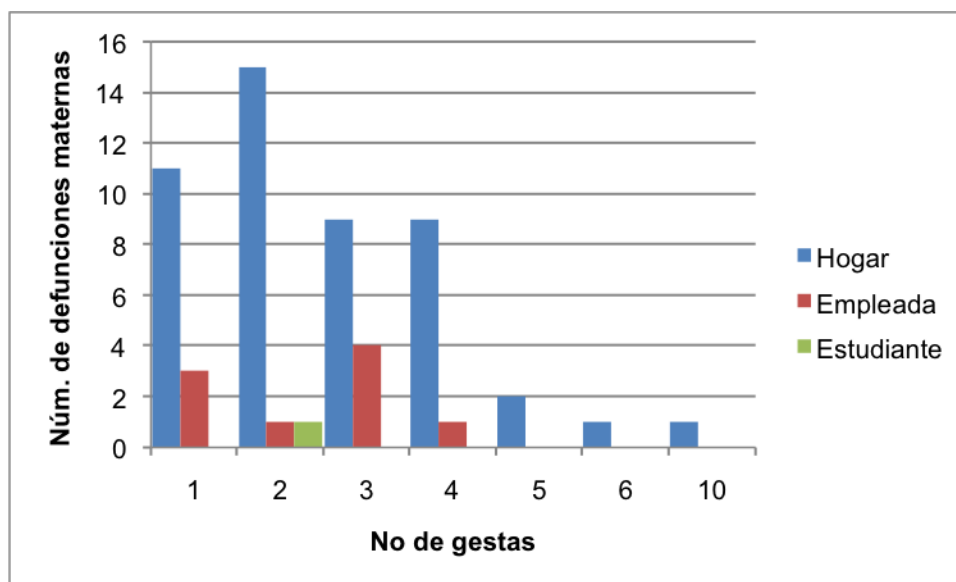
Relativo al número de gestas y ocupación, se observa que el 83% (48) de las mujeres dedicadas al hogar, tuvieron más hijos: 29% contó con dos gestas. Este dato se diferencia del obtenido por las mujeres empleadas que fue del 15%, el 24% (14) tuvieron promedio de una gesta y las estudiantes, solo el 2% (1) era estudiante. (Tabla 5 y Gráfica 7)

Tabla 5. Número de defunciones maternas de Hidalgo del 2011 al 2013, de acuerdo a ocupación y número de gestas

Núm. de gestas	Ocupación			%	Total
	Hogar	Empleada	Estudiante		
1,00	11	3	0	24	14
2,00	15	1	1	29	17
3,00	9	4	0	22	13
4,00	9	1	0	17	10
5,00	2	0	0	4	2
6,00	1	0	0	2	1
10,00	1	0	0	2	1
Porcentaje	83%	15%	2%	100	
Total	48	9	1		58

Fuente: expedientes clínicos de muertes maternas en Hidalgo 2011-2013

Gráfica 14. Número de defunciones maternas de Hidalgo del 2011 al 2013, de acuerdo a ocupación y número de gestas



Fuente: expedientes clínicos de muertes maternas en Hidalgo 2011-2013

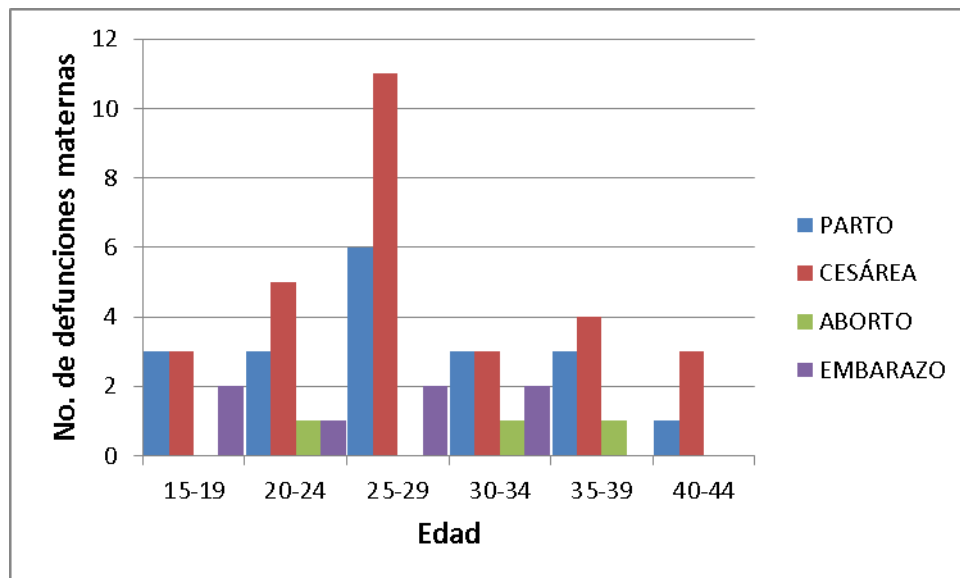
De acuerdo al tipo de atención obstétrica y edad, el mayor porcentaje lo obtuvieron las cesáreas, con un número de 29 (50%), seguido del parto, con 33 eventos que equivale al 19% (Tabla 6, Gráfica 15).

Tabla 6. Número de defunciones maternas de Hidalgo del 2011 al 2013, de acuerdo a tipo de atención obstétrica y edad

Atención obstétrica	Edad						%	Total
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44		
Parto	3	3	6	3	3	1	33	19
Cesárea	3	5	11	3	4	3	50	29
Aborto		1		1	1		5	3
Embarazo	2	1	2	2		0	12	7
Porcentaje	14%	17%	33%	16%	14%	7%	100	100
Total	8	10	19	9	8	4	100	58

Fuente: expedientes clínicos de muertes maternas en Hidalgo 2011-2013

Gráfica 15. Número de defunciones maternas de Hidalgo del 2011 al 2013, de acuerdo al tipo de atención obstétrica y edad



Fuente: expedientes clínicos de muertes maternas en Hidalgo 2011-2013

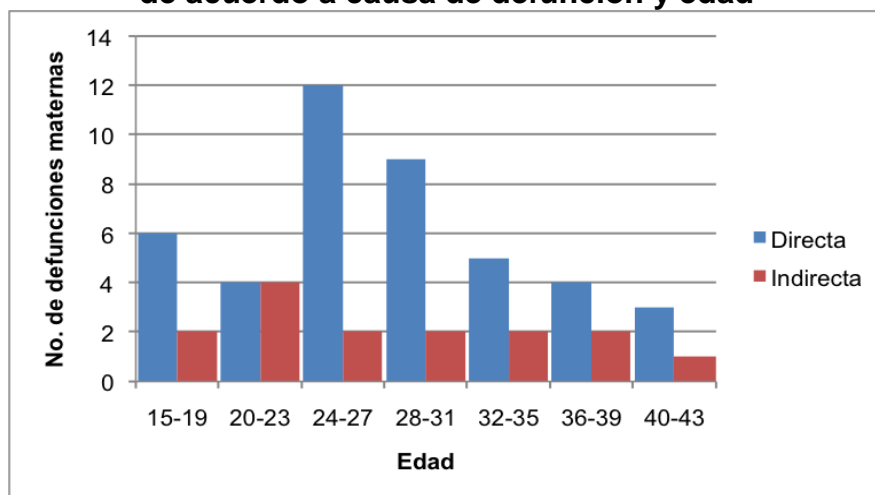
Relativo a la causa de defunción y edad, observamos que la causa de defunción directa es la que obtiene el mayor porcentaje, con 43 defunciones (74%), relación que se muestra en la Tabla 7 y la Gráfica 16. Es necesario mencionar que en el rango de edad de 20 a 23 años tienen el mismo número de defunciones directas e indirectas. Dentro de las causas indirectas se encuentran la cetoacidosis diabética, hipertiroidismo, broncoaspiración por crisis epilépticas, tromboembolia pulmonar por obesidad mórbida, dengue hemorrágico, aneurisma, insuficiencia respiratoria, hepatopatía fulminante y neumonía; mientras que las causas de defunción materna directa tenemos al síndrome de hellp, preeclampsia severa, eclampsia y hemorragia obstétrica (Tablas 8 y 9).

Tabla 7. Número de defunciones maternas en Hidalgo del 2011 al 2013, de acuerdo a causa de defunción y edad

Atención obstétrica	Edad							%	Total
	15-19	20-23	24-27	28-31	32-35	36-39	40-43		
Directa	6	4	12	9	5	4	3	74	43
Indirecta	2	4	2	2	2	2	1	26	15
Porcentaje	14%	14%	24%	19%	12%	10%	7%		
Total	8	8	14	11	7	6	4	100	58

Fuente: expedientes clínicos de muertes maternas en Hidalgo 2011-2013

Gráfica 16. Número de defunciones maternas de Hidalgo del 2011 al 2013, de acuerdo a causa de defunción y edad



Fuente: expedientes clínicos de muertes maternas en Hidalgo 2011-2013

Tabla 8. Causas de defunciones maternas obstétricas directas en Hidalgo, del 2011 al 2013

Causa obstétrica directa	%	Total
Hemorragia obstétrica	84%	36
Síndrome de Hellp	9%	4
Preeclampsia severa	5%	2
Eclampsia	2%	1
Total	100%	43

Fuente: expedientes clínicos de muertes maternas en Hidalgo 2011-2013

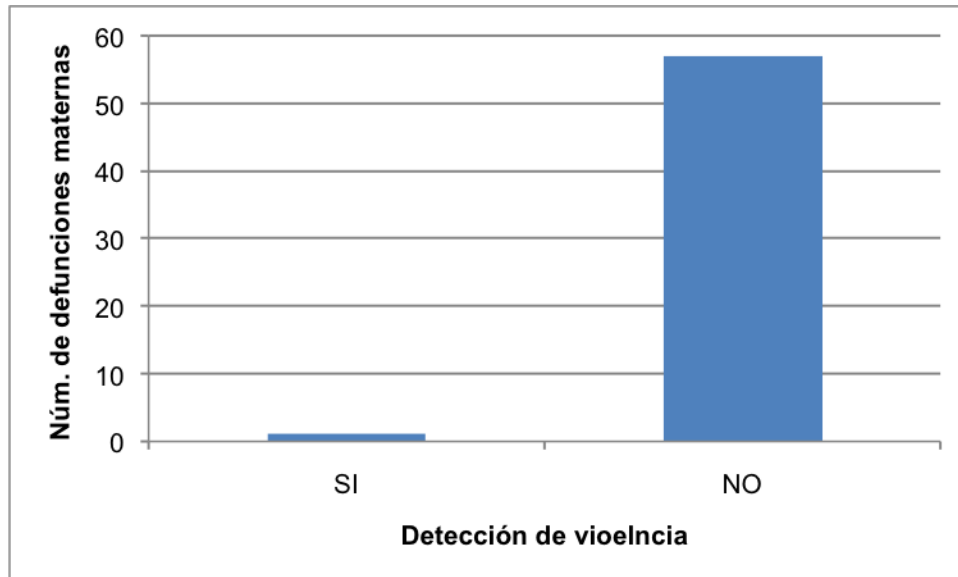
Tabla 9. Causas de defunciones maternas obstétricas Indirectas en Hidalgo, del 2011 al 2013

Causa obstétrica directa	%	Total
Broncoaspiración por crisis epilépticas	20%	3
Hipertiroidismo	13%	2
Tromboembolia pulmonar por obesidad mórbida	13%	2
Aneurisma	13%	2
Neumonía	13%	2
Cetoacidosis diabética	7%	1
Insuficiencia respiratoria	7%	1
Hepatopatía fulminante	7%	1
Dengue hemorrágico	7%	1
Total	100%	15

Fuente: expedientes clínicos de muertes maternas en Hidalgo 2011-2013

Si analizamos la detección de violencia durante el embarazo, como lo refiera la NOM 007 y 046, afirmaremos que, durante la realización de este estudio, pudimos observar que no se realiza esta detección durante las consultas de control prenatal, ya que solamente en un expediente se encontró la evidencia de la misma (Gráfica 17).

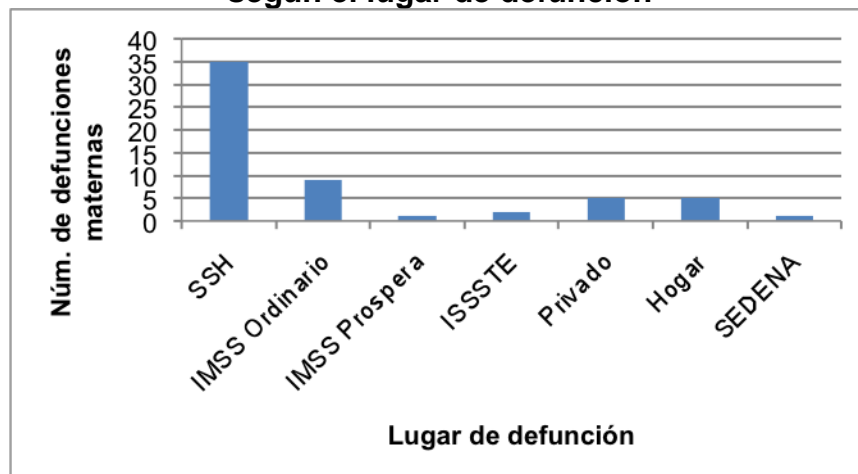
Gráfica 17. Número de detecciones de violencia durante el embarazo en las muertes maternas en Hidalgo, del 2011 al 2013



Fuente: expedientes clínicos de muertes maternas en Hidalgo 2011-2013

En cuanto al lugar de defunción, en el análisis de los tres años en los cuales se realizó esta investigación, se pudo determinar que la mayor parte de las defunciones ocurrieron en hospitales públicos: 35 de ellas ocurrieron en nosocomios pertenecientes a la Secretaría de Salud, seguido de hospitales del IMSS, y el tercer lugar lo ocupan las clínicas privadas y 18).

Gráfica 18. Número de muertes maternas de Hidalgo del 2011 al 2013, según el lugar de defunción



Fuente: expedientes clínicos de muertes maternas en Hidalgo 2011-2013

Como datos finales se puede observar que el predominio de la edad de las mujeres fallecidas, fue entre los 20 a 29 años; el nivel de escolaridad predominante es la secundaria con un 34.5%, el 82.8% eran amas de casa, mientras que las mujeres que eran empleadas tiene el 15.5% y solo una paciente era estudiante a lo que corresponde el 1.7%.

En cuanto a la distribución de residencia por jurisdicción sanitaria, las que cuentan con mayores porcentajes son Pachuca y Molango, las cuales tienen un porcentaje de 13.8%, seguidas de Huejutla con 12.1%. En cuanto a derechohabencia que tenían las mujeres que fallecieron durante el embarazo, parto o puerperio, el mayor porcentaje corresponde población atendida en los Servicios de Salud de Hidalgo con un 74.1%, seguido por el Instituto Mexicano del Seguro Social, tanto ordinario como Prospera con un porcentaje de 8.6 cada uno; posteriormente, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado con 6.9% y, por último, SEDENA con 1.7%.

El porcentaje de mujeres que antes de embarazarse utilizaban algún método de planificación familiar fue de 27.6%, mientras que el 72.4% no utilizaba ningún método de anticoncepción. El 29.3% de las mujeres cursaban con su segunda gesta; en cuanto a detección de riesgo obstétrico durante el control prenatal se observó que el 60% de ellas contó con una valoración de riesgo y el 40% no contó con la misma.

Los datos observados en cuanto al tipo de resolución obstétrica revelan que el 50% de estas mujeres fueron atendidas mediante cesárea, la cual conlleva a un riesgo mayor durante el procedimiento y después de él, a tal grado que, en un embarazo posterior, puede provocar anomalías en la implantación de la placenta.

Dentro de la NOM 007 se determina que se debe de realizar una detección de violencia a las pacientes durante el control prenatal, ya que esto implica un

riesgo para la complicación del embarazo. Es sorprendente observar que solamente al 1.7% de mujeres se les realizó dicha detección.

En cuanto a las causas de defunción, el 74% de los decesos fueron por causas obstétricas indirectas. Estos datos pueden ampliar la caracterización del perfil de las mujeres con mayor probabilidad de complicación durante el embarazo, parto y puerperio, y por ende con mayores posibilidades de terminar en una muerte materna.

CAPITULO 4

LA VIOLENCIA DE GÉNERO Y LA MUERTE MATERNA

En este capítulo se describen y analizan las historias de las mujeres que murieron por causas relacionadas con la maternidad. Se inicia con una descripción general de algunas de las principales características de las mujeres.

El propósito fue recuperar la voz de las personas informantes y a partir de ellas, construir la trayectoria de la atención seguida desde el embarazo hasta la muerte materna; lo anterior no sólo con base en aspectos biomédicos, sino también mediante la narrativa que permitió identificar algunas de las condiciones socioeconómicas y culturales en las que transcurrió su vida desde la niñez hasta la muerte materna.

La trayectoria de estas mujeres se explora a partir de dos vertientes: por un lado se analizan las características de la violencia de género de las que fueron sujetas desde la niñez hasta el embarazo. Por otro lado, se estudian los determinantes, que incidieron en su vida reproductiva y la forma en cómo las mujeres y sus familias atendieron la gestación, buscando o postergando la atención del embarazo, derivando finalmente en muerte materna.

En este capítulo se presentan las historias de María, Laura, Graciela y Claudia, quienes tuvieron en común haberse embarazado por primera vez entre los 14 y 17 años. Para el análisis se retoma la propuesta de Roberto Castro 2006, quien considera que *“la violencia en el embarazo precede a otras formas de la misma vividas en la infancia, de ahí que la posición que tienen las mujeres al interior del núcleo familiar desde la infancia, lo que significa que solo representa la continuación del proceso de angustia, maltrato y sometimiento, al que sobrevinieron desde la infancia.”* A partir de este planteamiento se construyó la trayectoria de atención, para el análisis consideramos que las condiciones y lugar que se otorga a las mujeres al interior de la familia desde la niñez, influirán y determinarán las condiciones que preceden a la muerte materna.

La trayectoria de atención, seguida por las mujeres se explora a partir de aspectos poco estudiados en la comprensión de los factores de riesgo para la muerte materna, estos factores son: el contexto de pobreza, la relación de pareja, las redes familiares y el apoyo social, así como las prácticas de atención de la salud materna familiar e institucional.

4.1.-Marginación y pobreza

Datos del Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social Coneval (2014) muestran que en los hogares de México el ingreso por persona es insuficiente para cubrir el patrón de consumo básico; la pobreza tiene especial incidencia en el campo mexicano, donde sobresalen las indígenas, lo que las coloca en situación de marginación, estas poblaciones han sido objetivo de políticas públicas como lo fue el programa Coplamar en la década de 1980 o el actual Prospera. González Montes en 1999 y Benítez Domínguez en 2014.

En los grupos sociales económicamente más desfavorecidos, la violencia hacia las mujeres embarazadas puede tornarse más severa.

La situación de marginación y pobreza, traducida en la ausencia o distancia a los servicios de salud, posiciona a las mujeres del área rural en mayor riesgo de morir, mostrando así, la estrecha relación que existe entre pobreza y muerte materna. Vargas (2011)(Cuevas, 2006). Al respecto en este trabajo se encontró que las mujeres eran originarias y residentes de localidades clasificadas con índices de marginación de media a alta marginación.¹(Tabla 10)

¹ A nivel nacional, Hidalgo se posicionó en 1990 en el puesto 29 con muy alto nivel de marginación, obtuvo el lugar 28 en el año 2000 nuevamente con muy alto nivel de marginación y en 2010 se colocó en el 27 con alto nivel de marginación; a pesar de que se advierte un avance, esto no sucede

Tabla 10. Características socioeconómicas y nivel de marginación

Caso	Escolaridad	Edad	Ocupación	Nivel de marginación
María	Primaria	18 años	Hogar	Alto
Laura	Primaria	19 años	Hogar	Media
Graciela	Licenciatura	20 años	Estudiante	Media
Claudia	Primaria	26 años	Hogar	Alto

Fuente: Expedientes clínicos de Muertes Maternas 2011 - 2013

Las brechas de pobreza donde transcurre la vida de las mujeres indígenas, se incrementa en las áreas rurales, las cuales se caracterizan por vivir en áreas de territorios con gran rezago social, con bajos niveles de escolaridad, viviendas precarias, sin servicios básicos, hacinamiento, embarazos a edad temprana, sin acceso a seguridad social, brechas que se traducen en factores de riesgo para el cuidado de su salud materna; aspectos que correspondieron al perfil de las cuatro mujeres entrevistadas; cuya edad fluctuaba entre 18 y 26 años: dos de ellas esperaban el segundo hijo y una el tercero; ninguna contaba con seguridad social; tres de ellas tenían baja escolaridad y se dedicaban al hogar, y sólo una cursaba estudios superiores.

“Laura era una muchacha de 19 años, hija de un matrimonio campesino, el papá jornalero y la mamá ama de casa, era la cuarta hija de cinco hermanos que nacieron vivos, ya que su mamá tuvo cuatro abortos. Laura tuvo dos gestas de las cuales no se sabía quiénes eran los padres, su primera hija la tuvo a los 15 años...”

en la cantidad de población marginada, ya que cerca de la mitad presenta esas condiciones.(Vargas, 2011)

“Claudia tenía 26 años, un hijo varón, provenía de una familia de muy escasos recursos, de padre campesino y madre ama de casa; tenía 13 hermanos, de los cuales cinco eran mujeres, ella y una de sus hermanas tenían retraso mental. Vivía en un cuarto de block en donde dormían los 13 hermanos, su madre y padre.”

“María era una mujer de 18 años, provenía de una familia donde se habla muy poco español, campesina de muy escasos recursos, su padre era campesino y ella se dedicaba desde niña, al igual que sus hermanas, al trabajo de la casa, cargar leña y tejer para vender en la plaza del pueblo, era la mayor de cuatro hermanas.”

“Graciela era madre soltera, tenía 20 años, estudiante universitaria, ella era de las más chicas de entre sus nueve hermanos, tenía como antecedente un embarazo a los 16, hija de un matrimonio donde el padre era jornalero y la mayor parte del tiempo no estaba en casa y la madre era ama de casa, tenía 10 hermanos.”

Las características de las mujeres, muestran que estas vivían en un contexto de pobreza, con brechas de limitación geográfica, con rezago social, y con condiciones étnicas que las colocaron en situaciones de riesgo; sin embargo, es importante esclarecer que no se afirma que por ser pobres sean víctimas de violencia, se ha documentado que la violencia es un fenómeno complejo, que afecta a todas las clases sociales y grupos culturales, tanto en los países desarrollados como en vías de desarrollo. Venegas (2007)

4.2.-La violencia de género

La pobreza y las condiciones materiales de vida de las mujeres son factores determinantes para crear situaciones o entornos de riesgo para la morbi-mortalidad materna. La forma en que una sociedad permite el ejercicio de las

diferentes formas de subordinación entre los géneros da pie a las distintas expresiones y severidad de violencia hacia este sector poblacional. En este estudio, como ya se mencionó, la violencia durante el embarazo es la continuación de la violencia que las mujeres viven desde la infancia, es decir, de la posición que tuvieron al interior de la familia y el entorno social desde la niñez.

4.2.1.-Violencia de género conyugal o de pareja

Los roles de género se construyen desde la infancia a través de la crianza y cuidado. La violencia contra las mujeres es una práctica social que se presenta en todo el país, independientemente del estrato social al que se pertenece. En el caso específico de la violencia de pareja se presenta con mayor frecuencia en mujeres que se casaron o unieron antes de los 18 años (52.9 por ciento) que entre quienes lo hicieron a los 25 o más (43.4 por ciento); es decir, a menor edad existe mayor posibilidad de ser víctima de violencia en la pareja, de acuerdo con la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH 2011).

La violencia de pareja relacionada con trato cotidiano de agresión y subordinación representa sin duda factores de riesgo que, a corto o mediano plazo, impactarán en la salud de las mujeres y aumentarán la probabilidad de enfermar o morir por causas relacionadas a la maternidad, como en los casos que se exponen en este trabajo.

Mediante la recopilación de testimonios sobre los casos de dos mujeres, a quienes hemos nombrado como María y Graciela para esta investigación, pudieron constatarse situaciones de violencia de pareja, la cual se desarrolló de diferentes maneras, sin embargo, una constante que se presentó en estas dos historias es que sus familias de origen no estuvieron de acuerdo desde el noviazgo o durante la unión, lo cual originó la fragmentación de la red familiar y las colocó en una situación de desprotección, vulnerabilidad e indefensión ante

la violencia y los cuidados requeridos durante el embarazo y sus complicaciones.

El muchacho, desde un principio, rechazó a María

La madre de María recuerda cómo la relación de su hija “con el muchacho” nunca marchó bien. Describe la creciente violencia que sufrió su hija, al tiempo que se justifica por desprotegerla y dejarla en manos de su pareja violenta.

“Su papá le decía que no se fuera, porque vio que ese muchacho era bien malo, tenía como 17 años y ella 19; ellos acabaron juntos la primaria y él, al parecer, la secundaria.

“Nomás se fue con el muchacho, nomás se fue, y el muchacho desde un principio la empezó a rechazar y ya después cuando ella vino platicó que la maltrataba entonces, como mamá le dije: pá que te vas, yo no te corrí, pero tú te fuistes.

“Ya juntos, él se enojaba mucho con ella, supe que discutían pero ella no decía nada, sólo se espantaba porque la maltrataba y pensaba que si lo acusaba, la iban a regañar más. Su papá le decía que se regresara a la casa, que le iba a dar techo y comida, pero ella le tenía mucho miedo a su esposo que era muy enojón. A veces le dejaba de hablar hasta por 15 días y la maltrataba, la maltrataba mucho.

“Cuando se enteró que estaba embarazada le rompió su celular, se enojó mucho y le dijo que no era su hijo. Dicen que cuando ya se iba a aliviar que le dijo que si ya iba a nacer, que se largara para su casa. Él se fue cuando le iba a tocar el parto, pero discutieron: dicen que la agarró de la cara y la lastimó bien feo. Él no estuvo en el parto porque se iba, a veces, por meses y, además, ya tenía a otra. Ahora está trabajando en el norte,

el niño se quedó con la mamá de él y ahora le dice mamá a la abuela; le dicen que nada más que este un poquito más grande lo van a llevar a ver a su otra abuelita...”.

Graciela, la de la relación que no era bien vista

Un conocido de Graciela recuerda la controversia que causó la relación que esta joven sostuvo con un pariente en segundo grado.

“Graciela era una muchacha muy guapa, jovencita, muy bonita. Todavía era estudiante cuando a los 16 años se embarazó por primera vez, producto de una relación que nunca fue bien vista ni por su propia familia ni por la madre de su pareja debido a que, además de ser su novio, tenían parentesco.

“De hecho no eran pareja porque nunca vivieron juntos, se veían nada más; desde el principio ni él ni su mamá querían que tuviera al niño, vinieron a hablar con los papás de ella, a decir que no querían al niño. Su primer embarazo lo vivió en la adolescencia, con muchos problemas pues, aparte, su pareja era más chico que ella, no sé si uno o dos años.

Cuando nació el niño no lo querían, ni siquiera se aparecía el papá ni nadie de ellos. Después se contentaron aunque cada quien vivía en su casa, pero se visitaban y llevaban al niño con su abuelos paternos aunque nunca lo registraron. La suegra, al principio como que sí quería a Graciela, aunque yo pienso que no. En el segundo embarazo la obligó a callar, le dijo que no dijera nada. El novio sólo se quedaba callado, hacía lo que dijera su mamá”.

Como pudo observarse en los casos anteriores, a pesar de la diferencia de escolaridad que existía entre María y Graciela, esto no las eximió de haber sido

víctimas. La variable en estas historias fue la forma en que cada una enfrentó la violencia vivida, la cual quizá marcó una diferencia entre las mismas en relación a los recursos materiales y culturales que cada quien poseía, para afrontar su situación.

4.2.2- Violencia de género y niñez

La discriminación y la violencia de género inician desde la niñez y tienen diversas expresiones; de acuerdo a la OMS (1999), puede entenderse como “el maltrato o la vejación de menores que abarca todas las formas de malos tratos físicos y emocionales, abuso sexual, descuido, negligencia o explotación comercial o de otro tipo que originen un daño real o potencial para la salud del niño, desarrollo o dignidad en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder”.

El Instituto Nacional de Salud Pública, en coordinación con el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva de la Secretaría de Salud, realizó en 2003 la Encuesta Nacional de Violencia contra las Mujeres (ENVIM), la cual reveló que una de cada cuatro de ellas han tenido al menos una relación violenta en su vida.

De acuerdo con esta encuesta, 42 por ciento de ellas fueron golpeadas durante la niñez por sus padres o familiares; 21.5 por ciento declaró haber recibido insultos de manera reiterada y 16.5 por ciento recibir humillaciones, además de incidentes de violencia emocional en la etapa escolar.

En las historias de vida de las mujeres se presentan diferentes tipos de violencia. Para la realización de este trabajo destacan los testimonios que pudimos reunir acerca de los casos de Claudia y Laura, los cuales muestran la violencia que vivieron desde su niñez, aunada a condiciones precarias de salud, como discapacidad y epilepsia.

Laura, quien guardó silencio ante la violencia

Los siguientes relatos fueron otorgados por una persona vecina de la comunidad donde vivió Laura, así como por personal de Salud. Se han incluido de manera alternada.

“A Laura, desde los ocho años le daban ataques, durmiendo empezaba a brincar, a temblar, a veces se perdía, como que hablaba sin sentido .A los 15 tuvo a su hijo, decían que la trajeron a consulta y ya estaba embarazada, que tenía como ocho meses cuando se enteraron y que al papá nunca lo conocieron”.

“Comentan que cuando el personal iba a vacunar a la comunidad, Laura se acercaba, traía a su pequeño hijo y veían que le daba mucha pena acercarse; nada más llegaba a la ventana y veía lo que hacían, y le decían: pásate, vamos a platicar. Poco a poco se acercó y alguna vez le comentó a alguien que sufría violencia, que ya no podía decir más, que no sabía qué hacer porque no había apoyo en su casa”.

“Le explicaban que no podía seguir así, que nadie podía seguir haciéndole daño, ni tocarla y que tenía que denunciar. Ella decía que sí, pero nunca quiso hacerlo. Que también le preguntaban por qué no tomaba su tratamiento, porque ella convulsionaba y debía tomar carbamazepina”.

“Recuerdan que la familia de Laura decía que no era cierto lo de la violencia, y también que nunca quiso denunciar. El personal de salud y una psicóloga hablaron con ella para que denunciara y nunca quiso denunciar, incluso, algunos de sus parientes se la querían llevar, pero como era menor de edad y convulsionaba, los papás tenían que autorizar

y no se pudo hacer nada. Tiempo después ella volvió a quedar embarazada y no supieron de quien”.

Claudia: “desde chica, le daban los ataques”

Para construir la historia de Claudia, entrevistamos a un vecino de su localidad, así como a personal de Salud. Ambos testimonios se muestran de manera alternada.

“Cuentan que Claudia, desde que tenía un año le quiso dar parálisis y después, poco a poco volvió a moverse. A la mejor fue porque al papá le daban ataques. Ella quedó mal de la cabeza, tenía retraso mental, echaba lombrices cada que iba al baño, decían que desde era chica le daban los ataques porque comía su tierrita. Ya vente a comer, ya deja esa tierra, le decían”.

“Los vecinos veían que en esa casa todos se dormían en un cuarto, que los hermanos siempre han sido briagos y no respetaban a sus hermanas, y que uno de ellos un día agarró a patadas a Claudia, ahí en su casa”.

“Claudia salió embarazada cuando tenía 19 años y decían que el padre de sus niños era el finadito, uno que era mucho mayor que ella y que, además, le echaba mucho al pulque y trabajaba por allá abajo, uno que se dedicaba a raspar y pastorear”.

“Nunca supieron qué fue lo que sucedió sobre la supuesta demanda ante el ministerio público que los vecinos entablaron contra la familia, al parecer por maltrato y violencia contra Claudia, no se supo si fue cierto o qué pasó”.

Mujeres y niñas, personas adultas mayores o discapacitadas padecen cotidianamente la violencia en sus familias al presentarse el ejercicio de poder al interior de las mismas. El sufrimiento al que son sometidas las mujeres desde la niñez determinará los factores de riesgo para su esperanza y calidad de vida.

4.3. Las redes familiares y la trayectoria de la atención del embarazo

La red familiar es la primera instancia en donde se toman las decisiones de dónde o con quien acudir para la atención de la salud de las mujeres, y en casos críticos cuando la gestación se convierte en un problema grave de salud. A través del apoyo de las redes familiares se generan las estrategias para acceder a una o varias alternativas de atención.

Las redes de apoyo se basan principalmente en la familia, pues es precisamente a través de este apoyo que se muestra y evidencia el sistema de socialización de género, a partir del cual se transmiten las creencias tradicionales de roles diferenciados (Lichter & McCloskey, 2004).

En los casos estudiados se observó la existencia de redes positivas y negativas. Las primeras, son aquéllas donde se observó apoyo; las segundas, donde la presencia de la red representó un factor de riesgo para la salud de las mujeres.

Las redes observadas corresponden a dos tipos: familiar y mixta. La primera se integra por la familia nuclear de origen y la familia política; la red mixta está conformada de la familia extensa como fueron tías y tíos, el personal de salud y/o por personas con las cuales se tenía una relación de amistad. (Tabla 11)

Tabla 11. Redes sociales

Historia	Redes positivas	Redes negativas
María	Padre y madre	Esposo, suegra y suegro
Claudia	No contaba con redes que la apoyaran positivamente	Madre, hermanas y hermanos
Graciela	Madre, padre, hermanos	Novio, suegra
Laura	Personal de salud, tías y tíos	Padre y madre

Las entrevistas realizadas para el presente trabajo mostraron el predominio de las redes negativas, aquéllas donde las relaciones personales muy significativas para las mujeres con sus madres, padres, hermanos, pareja, suegras y suegros representaron los principales factores de riesgo, los cuales se evidenciaron a través de consejos o intervenciones.

Claudia, quien no contó con redes positivas

El testimonio de un vecino de la víctima, evidencia los distintos tipos de violencia que vivió Claudia desde niña.

“Tenía discapacidad, era una de las más chicas de los trece, cinco eran mujeres y ocho hombres; los hermanos siempre han sido briagos, en esa casa todos se dormían en un cuarto y a las mujeres nada más esperaban que tuvieran 10 u 11 años y la mamá las mandaba a trabajar con quien fuera. De hecho, había quien le regalaba maíz, o sea, como trueque. Incluso, a una de las hermanas y a una de las sobrinas de Claudia las recogió otra familia ante el maltrato del cual eran víctimas. La mamá de Claudia la mandó a trabajar con un señor que era muy grande y tomaba mucho, en sus piecitos tenía sus venitas muy delgadas, con cualquier

cosa se le rasgaban y le salía sangre. Dicen que él la embarazó dos veces, que es el papá del niño que dejó Claudia. Hace poco, falleció”.

Laura: su red positiva fue el personal de salud y sus tíos

Una persona que labora en el Sector Salud quien atendió a Laura, recuerda en su testimonio la violencia que Laura vivió en el ámbito familiar, la cual era indiscutible entre su familia extensa, vecinas y vecinos.

“Padecía de convulsiones, tenía dos hermanos, uno de 23 años que ya vivía aparte y una de 14 años, que vivió con su madrina desde los dos años. Antes de su fallecimiento, Laura tomó muchisisisísimas carbamacepinas porque se quería morir, porque decía que sufría violencia. Su mamá dijo que no era cierto, pero su tía se la quería llevar, y la gente del barrio decía que se oían gritos. Laura no quiso denunciar, en la presidencia tuvo apoyo a través de una psicóloga, pero no pudo encaminarla a realizar la denuncia”.

María: su red positiva fueron su madre y su padre; su red negativa: su esposo, suegra y suegro

María era la mayor de cuatro hermanos y vivía en unión libre en la casa de sus suegros. Su pareja, pocas veces estaba con ella; por ello, solicitaba la compañía de su cuñada o de su suegra, aunque a veces acudía sola a la consulta sobre su embarazo. Durante la siguiente entrevista, la suegra de María evidencia cómo su intervención fue determinante para colocarla en un estado de mayor vulnerabilidad.

“Ayudaba en la milpa, molía, hacía la comida, lavaba los trastes, barría, cosía y tejía para vender. Cuando María tenía su consulta, me decía que si la acompañaba y yo le decía que por qué. La doctora dijo que me tenía que sacar otro ultrasonido, me dijo. Le dije: no, mejor mañana vamos.

Después le dijeron que el bebé estaba sentado quien sabe cómo (sic). Y decidimos que se aliviara aquí, en la casa, porque en la clínica ponen el dispositivo y sin permiso. Entonces, mi señor fue por la partera”.

Graciela: su red positiva fueron sus padres, hermanos y amiga. Su pareja y suegra, la red negativa

Para el siguiente testimonio, se realizó una entrevista a un vecino de Graciela, quien conoce detalles de la historia de violencia que vivió la víctima, desde niña.

“Graciela era una de las más chicas de 10 hermanos. Cuando se embarazó por segunda vez vivía en el lugar donde estudiaba, aunque los fines de semana los pasaba con sus papás y uno de sus hermanos. En ese tiempo su primer hijo se quedaba con su mamá, porque ella estudiaba. Graciela nunca les dijo a sus padres y hermanos que estaba embarazada, porque pensó que no la iban a apoyar. Dicen que su pareja y su suegra sí lo sabían, pero el día que llegó al hospital, ya muy grave, llegó acompañada solamente de una amiga”.

Las redes de apoyo son resultado de las ligas creadas, como las relaciones familiares que se logran instituir al establecerse la relación de pareja, las cuales determinarán, en gran medida, las posibilidades de apoyo que permita la sobrevivencia de las mujeres que sufren una situación crítica de salud durante la maternidad.

Ante el cumplimiento de los roles y normas sociales y de género que se esperan de las mujeres frente al embarazo, se van consolidando las redes familiares que se convierten, en algunos casos, en el principal obstáculo para la toma de decisiones oportunas de atención, ante complicaciones del embarazo o en casos de morbilidad materna extrema.

En los casos expuestos se pudo observar que, desafortunadamente, ante la violencia de género sufrida por las mujeres embarazadas, las redes resultaron ser ineficaces en el apoyo del cuidado de su salud materna. En los casos de quienes lograron contar con un apoyo, éste fue limitado y estuvo relacionado en gran parte con los antecedentes de cómo se estableció la relación de pareja y de las relaciones que las familias establecieron entre sí, por la creencias y alternativas culturales para la atención del proceso de salud –enfermedad de la gestante.

CAPÍTULO 5: TRAYECTORIA REPRODUCTIVA: DEL EMBARAZO A LA MUERTE MATERNA

En este capítulo se describen y analizan la trayectoria de la salud reproductiva de estas mujeres, durante las diferentes etapas del embarazo, hasta la muerte materna; se mencionan algunos aspectos de sus antecedentes obstétricos, así como las características de la atención prenatal, la atención del embarazo y sus complicaciones, así como las etapas de referencia y contrarreferencia hasta la muerte materna.

5.1 Antecedentes obstétricos

En la tabla 12 se resumen algunos de los datos de las historias ginecológicas de las mujeres de este estudio; la edad de inicio de vida sexual se dio entre los 15 y 17 años. Asimismo, en la mayoría de los casos, el inicio de vida sexual se fusionó con la reproductiva, iniciando muy jóvenes estas etapas. La mayoría, tuvo sólo un compañero sexual.

Tabla 12. Antecedentes obstétricos de las muertes maternas

	<i>María</i>	<i>Laura</i>	<i>Claudia</i>	<i>Graciela</i>
Edad inicio de vida sexual	17 años	15 años	17 años	15 años
Edad de primer embarazo	18 años	15 años	20 años	16 años
Edad último embarazo	18 años	19 años	26 años	20 años
Núm. de gestas	1	2	3	2
Núm. de partos	1	0	0	0
Núm. de cesáreas	0	1	2	1
Núm. de hijos vivos	0	1	2	1
Núm. de hijos	0	1	1	1

	<i>María</i>	<i>Laura</i>	<i>Claudia</i>	<i>Graciela</i>
muertos				
Atención prenatal	Irregular	No hubo	No hubo	No hubo
Abortos	-	-	-	1
Anticonceptivos	-	-	-	Sí
No de parejas sexuales	1	1	Se desconoce	1

Fuente: Expedientes clínicos y autopsias verbales 2011 – 2013

El promedio de embarazos fue dos, muy cercano a la media nacional, a pesar de que sólo dos de ellas tenían una relación de pareja, pero con una alta frecuencia de hijos muertos (sólo una de ellas tuvo un hijo vivo) como consecuencia de las complicaciones del embarazo o interrupción del embarazo, que las llevó a la muerte materna; el intervalo intergenésico fue entre 4 y 6 años; en torno a la resolución del embarazo no hay alguna prevalencia, ya que una de ellas tuvo cesárea, otra parto, una aborto y, por último, una de las mujeres murió embarazada.

Hasta el momento de sus muertes, los datos obtenidos revelan que sólo Graciela había utilizado anticonceptivos a pesar de que, en la mayoría de los casos, el deceso de las mujeres se dio en la segunda gesta, dato que contrasta con el programa de Planificación familiar que orienta a la población a proyectar el número de hijos o factores de riesgo. En los casos de estas mujeres, que no hicieran uso de estos métodos puede explicarse por las condiciones bajo las cuales se embarazaron, y las condiciones socioculturales en las que se desarrollaban.

5.2 Control prenatal y sus características

No obstante que existe toda una normatividad que regula el cuidado y atención del embarazo, esta reglamentación no estuvo presente en cuidado de la salud

materna de las mujeres cuyas historias analizamos en este trabajo. Es necesario mencionar que, en general, no hubo control prenatal, ya que sólo una de ellas acudió al mismo pero de manera irregular, es decir, no acudió el número de consultas prenatales que recomienda la Norma Oficial Mexicana NOM 007, donde se especifica que la mujer embarazada debe tener un mínimo de 5 consultas prenatales en todo su embarazo, además que éstas deben ser periódicas y la primera consulta debe ser durante el primer trimestre (NOM-007-SSA2-2016)

En cada uno de los casos el apego al control prenatal estuvo determinado por diferentes factores como fueron las condiciones en la que las mujeres se embarazaron o los actores que estuvieron presentes en la toma de decisiones de la postergación o cuidado de la salud de la mujer embarazada. En el siguiente testimonio, la suegra revela la falta de apoyo que tuvo María para asistir regularmente a sus consultas.

“María fue al control prenatal a la unidad médica desde, más o menos, el cuarto mes de gestación. Ella iba a veces solita. El lunes, casi al final de su embarazo, María sacó sus papeles y le pregunté cuándo le tocaba la consulta, y me dijo que el lunes. Le dije: mejor mañana, porque yo ya voy a terminar mi faja y ya vamos. Me dijo que iba a guardar sus papeles; entonces fuimos hasta el martes con mi señor, también. Ese día María dijo que la doctora tenía que sacarle un ultrasonido para saber cómo estaba su bebé...”.

En relación a Laura, Claudia y Graciela, quienes no acudieron a control prenatal, sobre los motivos por los cuales no asistieron, o lo hicieron tardíamente, presentamos los siguientes testimonios. En el caso de Laura, una persona adscrita al personal de Salud refirió:

“La mamá comentó, después de que ella murió, que unos doctores decían que estaba embarazada, pero quién sabe... nada más así, decían que estaba embarazada. Ella tenía convulsiones, cuando se puso mal, la atendieron, le estaban inyectando muchos medicamentos; decían que estaba embarazada y que no sabía cuánto meses tenía, porque nunca fue a consulta”.

En el caso de Claudia, el médico tratante comentó:

“Claudia no llevó ningún control prenatal, de hecho, los familiares negaban el embarazo”.

Lo anterior, contrasta con lo referido por la madre, quien mencionó:

“Fuimos como cinco veces a consulta, con un médico particular. Al Centro de Salud nunca fuimos, nunca... Yo, francamente, nunca les he tenido confianza...”.

Sobre Graciela, uno de sus vecinos aludió:

“Al parecer nadie sabía que estaba embarazada, ocho días antes de que muriera, esa última semana que estuvo aquí ella, la notaron media rara, se veía como algo demacrada, ella les dijo que se sentía mal, porque decía que a la mejor era por algo sobre el dispositivo, pero no sabían que estaba embarazada”.

Como se evidencia, en general no hubo control prenatal; a excepción del caso de María, quien a pesar de no haber tenido un control prenatal regular, sí hubo valoración de riesgo al final del embarazo, pues traía una presentación pélvica, por lo cual, le indicaron que se trasladara al albergue del Hospital Rural para estar cerca, en caso de necesitar una valoración o presentar un trabajo de parto, de emergencia, para lo cual no se dio seguimiento puntual.

En el caso de Claudia, nunca acudió a un control prenatal, porque su madre no confiaba en los servicios de salud públicos por lo cual, frecuentemente, acudían con “médicos” particulares o curanderos, además que negaban el embarazo de Claudia. No conocemos las experiencias que le llevaron a desconfiar pero, sin duda, esto contribuyó a la irregularidad en su control prenatal.

En los casos de Graciela y Laura no hubo oportunidad a iniciar un control prenatal, por las condiciones en que se dieron sus embarazos.

5.3 Trayectoria de la atención obstétrica y la muerte materna

En este apartado se describe la trayectoria de la atención obstétrica y sus complicaciones. Como se muestra en la tabla 13, las mujeres pasaron en promedio por tres sitios de atención que incluyeron el hogar, el Centro de Salud, la Unidad de Medicina Rural, los Hospitales rurales, Hospitales resolutivos y un Hospital privado. A excepción del caso de María, quien murió en su hogar, al parecer en ninguno de los otros lugares se llevaron a cabo acciones que atendieran las complicaciones obstétricas, y así evitar las muertes maternas por las causas que éstas sucedieron.

Tabla 13. . Trayectoria de la atención de las complicaciones del embarazo

	<i>María</i>	<i>Laura</i>	<i>Graciela</i>	<i>Claudia</i>
Edad	18 años	19 años	26 años	20 años
Mes del embarazo en que murió	8 meses	2 meses	2 meses	7 meses
Diagnóstico de la complicación	Atonía uterina	Epilepsia	Hemorragia obstétrica	Neumonía
Lugares donde se atendió	C.S. Hospital Rural, Hogar.	Hospital Rural, Hospital resolutivo, Hospital Rural*	Clínica privada Hospital Rural	Médico privado, Hospital resolutivo 1*, Hospital resolutivo 2*
Lugar donde Murió	Hogar	Hospital Rural*	Hospital Rural	IMSS Hospital resolutivo 2*

	<i>María</i>	<i>Laura</i>	<i>Graciela</i>	<i>Claudia</i>
Mortinato	No	Sí	Sí	Sí

FUENTE: Certificados de defunción, expedientes clínicos y eslabones críticos de Muerte Materna

María, quien murió en el parto

A María le diagnosticaron el embarazo al cuarto mes, en el Centro de Salud. Aunque al final la refirieron al hospital para la atención del parto, sus suegros decidieron no llevarla al hospital y que la atendiera en su casa una partera. Así lo recuerda su suegra:

“A mi nuera le sacaron su ultrasonido y dice que estaba sentado su bebé, y que tenía que ir al Hospital Rural pero, al otro día, como a las 6 y media, ella amaneció mal y mi señor se fue a traer a la partera que dijo que ya se iba a aliviar, pues ya estaba sangrando. Todo fue rápido, la estaban agarrando su papá, y la partera la amarró. Cuando la bajó, se cayó su placenta. Ella decía que le duele su cabeza, que le duele su cabeza, ya no más así, hizo así... Y su papá dijo, parece que ya se murió. Envolvimos al niño y entonces, a ella, rápido la llevamos en el coche de mis vecinos al hospital, así nomás la llevamos. Allá, en el Hospital dijeron que ya estaba muerta, quien sabe qué paso, no sé, no sé... Nosotras acá decimos que es mejor que nos aliviemos en la casa porque en la clínica nos ponen el dispositivo sin permiso y eso nos enferma, por eso no la llevamos al hospital”.

Claudia: murió en la terapia intensiva

Claudia fue atendida en el octavo mes por un médico privado, por embarazo avanzado más probable influenza. Por su gravedad fue enviada a un hospital y, debido a la morbilidad materna severa que presentaba, fue referida a la terapia intensiva de un segundo hospital, donde murió. Su madre recuerda:

“Me dijo el doctor que le dio neumonía, pero el doctor antes había dicho, que ella iba bien, iba bien, que no tenía anemia o algo, que estaba bien. Se bañó, era jueves, estaba acostada, y así nomás, de un momentito a otro, se agitaba. Entonces, mijo me dijo que iba a ver si le alcanzaba la gasolina, y ya la llevamos con un doctor particular. La revisó y dijo: se me va a ir para el Hospital Resolutivo de la región, pero rápido. Ella tenía Seguro Popular. Cuando llegamos, la atendieron. Era la una veinte. La subieron al segundo piso, la prepararon y todo. Apenas la empezaban a atender cuando perdió el conocimiento. Entonces el doctor nos mandó a otro hospital, más lejos. Mi, hija iba toda vendada, toda parchada, la llevaron con ambulancia, y hasta el doctor de la ambulancia dijo: la traen entre la vida y la muerte. Llegamos al otro Hospital, donde sí tenían lugar para atenderla y al día siguiente murió en la terapia. A su bebé ya no se lo pudieron sacar”.

Laura pasó de un hospital, a otro, y murió en el último...

Laura quien desde los 8 años tenía crisis convulsivas ya había sido madre de una niña, nunca tuvo un método de planificación familiar. En su segundo embarazo, inició con una crisis convulsiva y la llevaron al hospital más cercano a su comunidad, donde la controlan de las crisis convulsivas y de ahí la mandan al Hospital resolutivo para realizar estudios. Nuevamente, la trasladan al primer hospital, donde fallece. Su madre recuerda:

“Pues sí, ahí la atendieron en el hospital de la Secretaría que está cerca de aquí, donde vivimos. Le estaban inyectando muchos medicamentos y pues me mandaron a la capital. Aquí no le hicieron nada y nos mandaron para otro hospital, donde nada más me preguntaron que cuántas veces convulsiona, y cuántas pastillas toma, y todo eso... Allá en hospital resolutivo estuvimos un día en el hospital, sólo uno, nada más fuimos de entrada por salida por unos estudios y se la trajeron en la misma

ambulancia. Ella venía bien, venía viva... Y pues ya regresamos acá al Hospital, estuvimos un día y acá murió..y la verdad no nos explicaron bien, porqué, sólo dijeron que fue a causa de las convulsiones...”.

Graciela, quien llegó de la clínica privada y murió en el hospital

Graciela cursaba con su segundo embarazo pero su familia no sabía, ella acudió a un médico privado donde le realizaron un aborto, el cual se complicó y acudió al Hospital Rural para atenderse, pero falleció. Uno de sus vecinos comentó:

“Nunca supieron que estaba embarazada hasta que falleció, no dijo nada, ni él (su pareja), porque ella quería abortar. Se supo que estaba embarazada ya después de que falleció. Esa última semana que estuvo con su familia dicen que ella estaba media rara, y ya para media semana, les llamaron a su casa y les avisaron por teléfono que estaba grave. Cuando fueron al hospital de la ciudad donde vivía les dijeron que no había nada que hacer, pues ya había fallecido porque creo que no había aguantado la anestesia. También dijeron los doctores que era porque se había infectado, o algo así... Parece que ella había tomado un algo para abortar, y que éso después la infectó. Ella fue primero a una a clínica particular, donde le dijeron que ahí no le podían hacer nada, por eso llegó con una amiga al Hospital Rural, pero esa amiga tampoco sabía que Graciela estaba muy mal, pero como era su acompañante, ella fue quien dio la autorización para entrar a cirugía. Cuando llegó su familia, Graciela había muerto”.

En resumen, en la trayectoria de la atención obstétrica a la muerte materna, se observa que las mujeres transitaron por diversos espacios previos a la muerte; en el caso de María no se siguió la indicación médica y se atendió por partera en casa de sus suegros, muriendo en el puerperio.

En otro de los casos, la trayectoria fue de contrarreferencia de médico particular a hospital de los Servicios de Salud más cercano; en el caso de Claudia, donde el recién nacido fallece, no se cuenta con lugar en la unidad de cuidados intensivos, por lo que se decide nuevamente traslado a otros hospitales mostrando una demora en la atención ante la falta de infraestructura.

En el caso de Graciela, la complicación inicia al realizar una interrupción del embarazo, e ingresa a Hospital Médico Rural, donde fallece. Por último, en el caso de Laura, se diagnostica el embarazo al ingresar por un problema de crisis convulsivas, y muere durante este periodo.

CAPÍTULO 6. REFLEXIONES FINALES

Como resultados de esta investigación, se especifica que no fueron únicamente los aspectos biomédicos los que representaron los principales factores de riesgo para la muerte materna; en estos casos la violencia de género (expresada en las condiciones socioeconómicas, culturales, relaciones de pareja, familiares, sociales e institucionales, en las que transcurrió la vida de las mujeres desde la infancia) representó un factor de riesgo importante en la trayectoria de atención del embarazo, hasta la muerte materna.

Analizando las características socioeconómicas de las protagonistas de estas historias, se encontró que residir en municipios clasificados como localidades de baja y muy baja marginación, las colocó en desventaja para acceder tanto a infraestructura humana como material para una atención oportuna. Al respecto se ha descrito que la Razón de Muerte Materna (RMM) en regiones con alta marginación es de 143.08 mientras que en las de muy baja marginación es de 36.85, por lo que el riesgo de morir en las regiones más marginadas es 106 veces mayor que en las menos marginadas (Comisión Nacional para el Desarrollo de Pueblos Indígenas, 2010).

Por otro lado, en torno al tipo de familia, las mujeres se ubicaban en hogares de familia extensa, es decir, se constituyeron en más de una unidad nuclear, donde convivieron más de dos generaciones que incluían a los padres, a ellas y a sus hijos/as, principalmente.

El promedio de edad al morir fue a los 21 años, lo cual contrasta con los datos de los programas nacionales (Salud, 2007, 2013 y CONEVAL, 2012), donde se

refiere que la RMM más elevada se encuentra en mujeres mayores de 35 años y menores de 19 años.

En cuanto a la escolaridad, sólo una de ellas contó con estudios medios superiores; las demás eran analfabetas o con primaria incompleta. Estos datos muestran las razones de muertes maternas más elevadas se presentan en mujeres sin escolaridad, con una frecuencia siete veces mayor (Herrera, 2003).

En relación al estado civil, sólo una de las mujeres vivía en pareja; el resto eran madres solteras. En cuanto a la ocupación, tres eran amas de casa y, una, estudiante. En común, todas carecían de ingreso propio. Al analizar estos aspectos, se ha documentado que no contar con recursos propios la salud de las mujeres pudiera correr mayor riesgo, ya que las limita para solventar los gastos para su cuidado y atención (Vargas, 2011)

Al observar las condiciones precarias del área rural, el bajo nivel académico, la ocupación, el ingreso y su relación con la salud, podemos mencionar que éstos se constituyen como factores de riesgo. Diversos trabajos señalan que ser mujer indígena y vivir en condiciones de marginación ponen en mayor riesgo su salud. También, cuando las mujeres se asocian a los roles tradicionales de género, que les atribuye el cuidado de la salud a los otros, deviene en una barrera para acceder a los servicios de salud y como un factor de riesgo para la morbi-mortalidad materna (Campero 2006, Cuevas 2006, Ordaz 2010).

La Encuesta Nacional de Violencia contra las Mujeres (ENVIM 2003), reporta que casi el 50% de las mujeres fueron golpeadas durante la niñez por sus padres o familiares. Así mismo (UNICEF, 2006) menciona que la violencia contra

los niños y niñas incluye el abuso y maltrato físico y mental, el abandono o el tratamiento negligente. En relación, en este estudio se encontró que específicamente en los casos de Claudia y Laura, ambas fueron discapacitadas y violentadas desde niñas.

También se ha observado que la violencia hacia las mujeres se incrementa durante el embarazo, como le sucedió a María, donde la violencia que ejercía su pareja desde el noviazgo, se agudizó cuando él se enteró que ella estaba embarazada. Estudios han reportado que la violencia comienza cuando la pareja tiene conocimiento del estado de gestación (Valdez, 1996). Además, tanto en el caso de María como en el de Graciela, ambas se distanciaron de la familia de origen a partir del embarazo; El distanciamiento de las mujeres de sus familias de origen tienden a ser una exigencia de la pareja, como parte del mecanismo de control sobre ellas (Heise, 1994).

Otro aspecto presente susceptible de análisis son las relaciones de poder en la pareja y al interior de la familia o del grupo social de pertenencia y su relación con las prácticas y las creencias ante la reproducción. Al analizar estos aspectos en los casos expuestos para este trabajo, podemos observar cómo se tradujeron en falta de prevención o atención oportuna de complicaciones del embarazo lo que, sin duda, representó importantes factores de riesgo durante la trayectoria de atención de las mujeres.

La toma de decisiones las creencias sobre el embarazo, parto y puerperio se transmiten de una generación a otra y representan una influencia cultural en la atención del parto o sus complicaciones. (Juárez, 2012). Los usos, costumbres y creencias se traducen en las prácticas de cuidado que las mujeres siguen durante el proceso de gestación y el parto. Así se mostró en el caso de María,

quien fue atendida en casa por una partera, a pesar del riesgo del embarazo. En este caso también es necesario mencionar que el personal de salud falló en la sensibilización sobre el riesgo real que corría el embarazo de esta paciente, y hacer partícipe de esta información a su familia, considerando el acompañamiento de la partera en el hospital.

En general, las redes familiares que rodearon a estas mujeres apoyaron de forma favorable, aunque débil. Observamos en los casos de Graciela, Laura y María, que sus familiares como madres, padres, tías y tíos se constituyeron en la red de apoyo pero carecieron de elementos que les permitieran tener una influencia favorable en la condición de salud de ellas. Lo anterior coincide con trabajos que describen que el grado de influencia de la red depende de la forma en cómo se conforma la misma, el nivel de integración del sujeto y la posición que ocupa éste en el grupo (Borgatti et al., 2009).

Se ha descrito que las redes sociales pueden evidenciar aspectos positivos, como lo es el apoyo social, la red puede ser un espacio de contención y ayuda; pero también pueden representar un factor de riesgo al difundir información o conductas negativas (Bronfman, 2001) Rodríguez, 2008). Estas aseveraciones coinciden con la mayoría de los casos de este estudio, donde se observó que las decisiones que tomó la familia materna o política ocasionó demoras en la atención obstétrica o una atención inadecuada; lo anterior reafirma cómo las dimensiones culturales que conforman la red social son un componente importante en la toma de decisiones de las embarazadas (Infante, 1990).

En las decisiones que finalmente condujeron a la muerte de las cuatro mujeres cuyos casos se exponen en esta investigación, también influyó la pérdida o debilitamiento de la red de apoyo, situaciones algunas de ellas que ocurrieron después de la unión de las mujeres, quienes pasaron de depender de su familia de origen, a depender de la familia política. Esto muestra que las redes no son

rígidas, porque en ellas cambian los actores o se modifican los vínculos (Morales, 2013).

Las cuatro historias de esta investigación coinciden en que las decisiones de a qué lugar o cuándo acudir para la atención del embarazo, dependió de los familiares. Esto muestra la falta de autonomía en la toma de decisiones en mujeres embarazadas (Mazza, 2012) y, también, como ya lo ha referido Bronfman Op. cit, con las características de la dinámica de la familia y las redes que hay dentro de la comunidad, lo cual puede actuar facilitando el cuidado de la salud, o en su detrimento.

Hasta aquí podemos ver que el perfil de las mujeres víctimas de muerte materna, se caracterizó por ser mujeres jóvenes, residir en áreas de marginación con bajo índice de desarrollo humano, ser indígenas y sin escolaridad (en su mayoría), discapacitadas (dos de ellas), sin empleo, amas de casa, madres solteras (sólo una era casada), con antecedentes de más de una gesta (tres de ellas) y sin seguridad social; sólo una acudió a una unidad de primer nivel para llevar control prenatal, aunque de manera irregular. Una constante en común es que vivieron violencia desde la niñez.

De acuerdo al documento de Planeación de Unidades Médicas, Modelo Integrador de Atención a la Salud (Salud, 2006) y al Convenio Interinstitucional para la Atención de Emergencias Obstétricas, firmado en 2014 por el IMSS, ISSSTE y Secretaría de Salud, se cuenta con modelos de atención a la mujer embarazada, éstos son: unidades que atienden partos, unidades estabilizadoras y unidades resolutivas para la emergencia obstétrica.

Al analizar el caso de María, se observa que sólo tuvo contacto con una unidad de salud quienes la refirieron a una unidad estabilizadora, donde sólo se resuelven los casos no complicados y se estabilizan los complicados, para referirlos a una unidad resolutive. María nunca acudió a la unidad estabilizadora ya que su familia política decidió que se resolvería en el hogar. Al complicarse, los familiares la trasladaron a una unidad de atención de partos de primer nivel, sólo para atención de partos no complicados. El médico dijo ya no había nada que hacer, pues María había fallecido.

Podemos observar que, de acuerdo al directorio intersectorial de la atención de la emergencia obstétrica del Estado, al parecer no se realizó la sensibilización adecuada acerca de la importancia de acudir a la unidad que el médico de primer nivel ya había referido; y posiblemente tampoco hubo un plan de seguridad y red de vinculación con la paciente y los familiares, donde se especificara a dónde acudir en caso de emergencia obstétrica y no demorar en acudir a una unidad de atención de parto, en vez de acudir directamente a la unidad estabilizadora o incluso a la resolutive, sobre todo por las condiciones de gravedad de la paciente.

En el caso de Claudia, cuando ya estaba complicado acude a médico privado; ella requería ser referida a una unidad resolutive, lo cual realizó este médico particular.² Pero en el hospital resolutive número 1 podría suponerse no se contó con el espacio suficiente en la terapia intensiva de adultos, por lo que se decide

² Estas unidades deben de tener tecnologías, espacio, infraestructura, medicamentos, insumos y sobre todo personal especializado y calificado para la atención de las emergencias obstétricas las 24 horas del día, los 365 días del año.

un traslado más a otra unidad resolutive, la cual sí contaba con el espacio. Es así como se podría pensar que el médico particular conocía la red de atención, pero no las limitaciones de espacio con las que contaba el primer hospital.

En relación a Laura, sus padres la llevan a un hospital estabilizador por una causa diferente a embarazo, ellos no estaban enterados del mismo. En este hospital se diagnostica el embarazo y se le envía a un hospital resolutive para realizar una tomografía porque en el hospital estabilizador donde le realizan el estudio y se le regresa al hospital estabilizador, a pesar de ser una paciente embarazada con una patología de fondo pareciera no fue ingresada en el hospital resolutive, para su manejo interdisciplinario. La demora sucede en la decisión de enviar a un hospital que no contaba con médicos especialistas ni equipos para la atención de Laura.

Graciela acudió con médico particular para una interrupción del embarazo; al sentirse mal acude a una clínica privada donde, debido a la complicación, deciden enviarla, por sus propios medios, a un hospital estabilizador, donde fallece casi de inmediato. Podemos pensar que en la clínica particular no se siguió la referencia de atención adecuada, aunado a que, por la gravedad de la paciente, debió de haberse referido a una unidad resolutive.

Analizando el sitio de ocurrencia del fallecimiento encontramos que una de ellas murió en su casa y tres en el hospital; de ellas, sólo una había estado en contacto con los servicios de salud. Esto muestra que existen brechas en la accesibilidad de los servicios de salud, por factores diversos como es la violencia de género exacerbada como parte de los usos y costumbres en las relaciones familiares y de pareja, aunada a la falta de infraestructura humana y material que se refleja en la carencia de un enlace o ruta de atención definida

entre los servicios de salud y las instituciones correspondientes para referir a las mujeres víctimas de violencia.

En estos casos podemos suponer que existen factores que no permiten se cumpla con la NOM 046 la cual determina que, para realizar la detección de la violencia, primero se debe valorar el grado de riesgo durante el desarrollo de las actividades cotidianas en la comunidad; para la detección de los casos en pacientes, las y los prestadores de servicios de salud realizarán el procedimiento de tamizaje de manera rutinaria, realizar la entrevista dirigida a la o el usuario afectado por violencia familiar o sexual, considerar las manifestaciones del maltrato físico, psicológico, sexual, económico o abandono, valoración del grado de riesgo en que viven, se deben determinar si los signos y síntomas que se presentan -incluido el embarazo- ya que pueden ser consecuencia de posibles actos derivados de violencia familiar o sexual; establecer, la impresión diagnóstica. (NOM-046-SSA2-2005).

Propuestas

A partir de los resultados obtenidos consideramos las siguientes propuestas:

1. En el estudio de la mortalidad materna en Hidalgo, además de los aspectos biomédicos, es urgente incorporar el análisis de las cuestiones relacionadas con el contexto donde transcurre la vida de las mujeres desde la niñez y la influencia que estos factores socioculturales tienen en las causas de las muertes maternas.
2. Fomentar y crear estrategias de acceso y atención prenatal los servicios de salud como parte de la calidad de la atención prenatal y el empoderamiento de las mujeres al interior de su comunidad.

3. A pesar de que no es posible incidir en las condiciones económicas y sociales que prevalecen en la vida de las mujeres, es necesario contar con servicios de salud materna óptimos, con recursos humanos, materiales y con políticas públicas que consideren la transversalización de la perspectiva de género como parte del respeto a los derechos reproductivos de las mujeres.
4. En el registro de los certificados de defunción de muertes maternas, el antecedente de violencia de género se debe establecer como causa de muerte indirecta; lo cual permitirá conocer su efecto y dimensión entre las otras causas.
5. Es necesario que los comités vigilen se cumpla la aplicación de las Normas Oficiales Mexicanas 007 y 046, ya que la omisión de éstas es un obstáculo para la prevención y atención oportuna de las complicaciones en mujeres embarazadas que terminan en una muerte materna.
6. Realizar una ruta de atención a la violencia de género interinstitucional efectiva para las mujeres embarazadas; difundirla y aplicarla en todos los niveles de atención como son los centros de salud, hospitales básicos comunitarios, integrales y generales. En este estudio se muestra que el personal de salud no tiene conocimiento necesario en relación a la red o ruta de atención a mujeres embarazadas en situación de violencia y los proceso de referencia y contrarreferencia a utilizar.
7. Como parte de los Objetivos de desarrollo sostenible para el 2030 se tiene una meta de RMM menos de 70, lo cual Hidalgo ha logrado, sin embargo, el reto es conseguirlo en los municipios con bajo índice de desarrollo y muy alta marginalidad, para lo cual urge realizar estrategias como

involucrar a los varones y a los diferentes personas que integran la red de apoyo social de las mujeres, en el cuidado de su salud reproductiva y perinatal, es necesario retomar la presencia de las parteras, en el acompañamiento, cuidado, atención y prevención de la muerte materna, como la primer Red de atención de la mujer embarazada.

BIBLIOGRAFÍA

1. Venegas U., Muñoz E., Navarro A, Nuño B., Navarro C. (2007) Violencia contra la mujer y medicina familiar, Ginecología y Obstétrico de México, México.
2. Heise L. (1994) Violencia contra la mujer. La carga oculta a la salud. Washington D.C. Banco Mundial, Organización Panamericana de la Salud.
3. Population Council e Instituto Nacional de Salud Pública. Comité Promotor de una Maternidad sin riesgos. México 2000.
4. Vilma E. Cokkinides, Phd, Ann L. Coker, Phd, Maureen Sanderson, Phd, Cheryl Addy, Phd, And Lesa Bethea, Md Physical (1999) Violence During Pregnancy: Maternal Complications and Birth Outcomes *Obstet Gynecol*;93:661–666.
5. Stewart D., Cecutti A. (1993) Physical abuse in pregnancy. *Can Med Assoc J*; 149(9):1257-63.
6. Heise L, Ellsberg M, Gottmoeller M. (1999) Ending Violence Against Women. *Population Reports*. Baltimore, Johns Hopkins University School of Public Health, Population Information Program, Series L, No. 11, 1-44.
7. Cuevas S, Blanco J, Juárez C, Palma O, Valdez-Santiago R. (2006) Violencia y embarazo en usuarias del sector salud en estados de marginación de México. *Salud Pública*; Supl 2: 239-249.
8. IPAS México. La violencia, el embarazo y el aborto Cuestiones de derechos de la mujer y de salud pública. México, 2003.
9. Rodríguez-Bolaños, R. d. (2005). Violencia de género: actitud y conocimiento del personal de salud de Nicaragua. *Salud Pública de México*, 134-144.
10. Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud (1998). Violencia contra la mujer. Un tema de salud prioritario. Declaración del Director General de la OMS. Washington DC: OMS/OPS
11. Secretaría de Salud. NOM-046-SSA2-2005 Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención.

12. Lagarde Marcela (2007). El derecho humano de las mujeres a una vida libre de violencia
13. Valdez-Santiago R, Arenas-Monreal L. Hernández- Tezoquipa I. (2004) Experiencia de las parteras en la identificación de mujeres maltratadas durante el embarazo. Salud Pública Mex; 46 (1):1-11.
14. Castro R, Ruiz A, Prevalencia y severidad de la violencia contra mujeres embarazadas. México (2004) Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias. Universidad Autónoma de México (UNAM)
15. Hernández, B. C. (2013). Violencia contra la mujer y empoderamiento. Gaceta hidalguense de investigación en salud.
16. Lutz, K. F. (2005). Abused pregnant women's interactions with health care providers during the childbearing year. Journal Obstetric Gynecol Neonatal Nursing, 34(2), 151-62.
17. Secretaría de Salud, (2014), Programa de Acción Específico del Programa Salud Materna y Perinatal 2013 – 2018.
18. Freyermuth G. (2000) Mujeres de Humo. México, CIESAS/Porrúa.
19. Rivas G., (2012) Violencia Anticoncepción y embarazo no deseado. Mujeres indígenas en San Cristóbal de Las Casas, Chiapas, México.
20. Campero, L. (2006). La contribución de la violencia a la Muerte Materna en Moreles, México. Salud Pública e México, 297-306.
21. Peña, S. C. (2005). Violencia familiar una aproximación desde la ginecología y obstetricia. Ginecología y Obstetricia de México, 250-260.
22. Olaiz G, Rojas R, Valdez R, Franco A, Palma O., (2006), Prevalencia de diferentes tipos de violencia en usuarias del sector salud en México. Salud Publica Mex; 48 supl 2:S232-S238.
23. Cuevas S, Blanco J, Juárez C, Palma O, Valdez-Santiago R., (2006), Violencia y embarazo en usuarias del sector salud en estados de alta marginación en México. Salud Pública Mex; 48 supl 2:S239-S249.
24. Berenson AB, Wiemann CM, Wilkinson GS, Jones WA, Anderson GD., (1994) Perinatal morbidity associated with violence experienced by pregnant women. Am J Obstet Gynecol; 170(6):1760-6.

25. Castro R., Casique I., (2006), Informe Nacional sobre violencia y salud. Violencia de Pareja contra Mujeres en México: En busca de datos consistentes, México.
26. Instituto Nacional de Salud Pública. (2003), Encuesta Nacional sobre Violencia contra las mujeres. Secretaría de Salud México.
27. IPAS México, (2003) La violencia, el embarazo y el aborto cuestiones de derechos de la mujer y de la salud pública. México
28. Secretaría de Salud. (2007). Programa de Acción Específico del Programa Arranque Parejo en la Vida 2007-2012. México.
29. Nannini A, Lazar J, Berg C, Barger M, (2008), Physical injuries reported on hospital visits for assault during the pregnancy associated period. Nurs Res; 57:144-9.
30. Díaz OC, Pazb FK, Abuabara HB, Martínez A, Kolstad K. Palermo T. (2007) Abuse during pregnancy in Mexico City. International Journal of Gynecology and Obstetrics; 97: 57—64.
31. Cervantes K., (2008) Asociación entre la violencia en la mujer y satisfacción familiar en el HGZ y MF No. 1 Pachuca, Hidalgo. México.
32. Duarte J. F., (2009) Violencia conyugal asociada con Preeclampsia – Eclampsia. México, 68-72
33. Muñoz S., Ortiz R., (2013) Violencia de género en mujeres embarazadas en el estado de Hidalgo, México; p. 41, Cap. 3.
34. Aliaga, D. P. (2003). Violencia hacia la mujer: Un problema de todos. Revista Chilena de Obstetriciay ginecología, 75-78.
35. Hernández, M. Á. (2000). Diseño de estudios epidemiológicos. Salud Pública de México, 144-154.
36. Hernández, P. M. (2003). Violencia contra la mujer: conocimiento y actitud del personal médico del Instituto Mexicano del Seguro Social, Morelos, México. Salud Pública de México , 472-482.
37. Híjar-Medina, M. (2003). Atención médica de las lesiones intencionales provocadas por la violencia familiar. Salud Pública de México, 252-258.

38. Icaza, M. E.-M. (2005). Prevalencia de sucesos violentos de trastorno de estrés postraumático en la población mexicana. *Salud Pública de México*, 8-22.
39. Pacheco, I. G. (2010). Muerte materna una perspectiva de violencia. *Perinatología Reproductiva Humana*, 60-66.
40. Ramos-Lira, L. (2001). Violencia sexual y problemas asociados en una muestra de usuarias de un centro de salud. *Salud pública de México*, 182-191.
41. Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud. (1 de 04 de 2005). Recuperado el 08 de 11 de 2013, de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>
42. Rouvier, M. (2013). Problemática de los Servicios de Salud en los estados mexicanos con alta incidencia de mortalidad materna. *Salud Pública de México*, 185-192.
43. Villaseñor, M. (2003). Masculinidad, sexualidad, poder y violencia: análisis de significados en adolescentes. *Salud Pública de México*, 44-57.
44. Gómez, E. (2011). Equidad Género y Salud. *Revista panamericana de Salud*, 454-461.
45. Informe Nacional sobre la Violencia y Salud: Secretaría de Salud. (2006), (1ª. Ed), México.
46. OMS et al., Trends in maternal mortality: 1990 to 2010, (2012) Ginebra.
47. NOM-007-SSA-(2016) Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y de la persona recién nacida. México.
48. Hernández, S., Rincón, C. (2013) Violencia de Pareja en el Embarazo y Apego al control prenatal, HGZ y MF No. 1, IMSS, Pachuca Hidalgo.
49. Castañeda L A. (2011) Violencia Conyugal en pacientes con Preeclampsia-Eclampsia, Hospital General de Zona No 1, IMSS, Pachuca Hidalgo.
50. Vargas P. (2011), Pobreza, migración y desempleo: mujeres en la región otomí-tepehua de Hidalgo, Scielo, Vol. 24 No. 75
51. Herrera M. del C. (2006) La economía del grupo doméstico: determinante de muerte materna entre mujeres indígenas de Chiapas, México, Scielo, Vol. 19 No. 2

52. Dirección General de Información en Salud (DGIS). Base de datos Muertes maternas INEGI/SS, 2002-2013 [en línea]: Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS). [acceso 2015-02-10] Disponible en: http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/BD_Cubos.html
53. Mazza, M. (2012). Mortalidad materna: análisis de las tres demoras. *Revista Obstetricia Ginecología Venezuela*, Vol. 72 No. 4
54. Juárez, E.S. (2012). Implicaciones Culturales en el embarazo parto y post parto, Universidad de San Carlos Guatemala.
55. Freyermuth, G., Luna, M. (2014). Muerte Materna y muertes evitables en exceso. Propuesta metodológica para evaluar la política pública en salud. *Revista Internacional de estadística y geografía*. Volumen 5, Número 3.
56. Evaluación Estratégica sobre Mortalidad Materna en México 2010, 2012. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social.
57. Juárez, C. (2012). Las redes Sociales y la Noción de apoyo social en mujeres con experiencia de violencia conyugal. *Revista-redes.rediris.es*
58. Comisión Nacional para el Desarrollo de Pueblos Indígenas (2010) La mortalidad materna indígena y su prevención. Gobierno Federal.
59. Herrera M. (2003) Mortalidad Materna en el Mundo. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*. Scielo. Volumen 68, No. 6.
60. Hernández P. J. A., y cols (2007). Análisis de casos de muerte materna ocurridos en un periodo de 10 años. *Revista Ginecología y obstetricia de México* Volumen 75.
61. Ordaz M. K. Y. y cols. (2010). Factores de riesgo asociados con mortalidad materna en el estado de Morelos, México. *Revista Ginecología y obstetricia de México* Volumen 78, número 7.
62. Huerta, M. Violencia de género, salud y derechos en las Américas (resumen de noticias CIMAC) México 2001.
63. Kolodin, S.K., (2014). Estudio cualitativo sobre redes sociales de apoyo durante el embarazo y parto en tres municipios de Chiapas. *Salud en Chiapas* Volumen 1.

64. Valdez S., R., Sanin A, L. H.,(1996). La violencia doméstica durante el embarazo y su relación con el peso al nacer. Salud Pública, Volumen 38, Número 5.
65. UNICEF (2006). La violencia contra los niños y niñas. Hojas informativas sobre la protección de la infancia.
66. Rodríguez, L. (2008). Factores Sociales y Culturales Determinantes en Salud: La Cultura como una Fuerza para Incidir en cambios en políticas de Salud Sexual y Reproductiva.
67. Infante-Castañeda C. (1990). Utilización de Servicios en Atención Prenatal: Influencia de la Morbilidad percibida y de las redes sociales de Ayuda. Salud Pública México Volumen 32, Número 4.
68. Orozco N. E., y Cols. (2009). Participación social en salud: la experiencia del programa de salud materna Arranque Parejo en la Vida. Salud Pública de México Volumen 51, Número 2.
69. Planeación de Unidades Médicas, Modelo Integrador de Atención a la Salud (2006) Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud, Secretaría de Salud.
70. Aguilera, P. S., Soothill, P. (2014) Control Prenatal. Revista Médico Clínica las Condes. Volumen 25, Número 6.
71. Moreno, S. A. y Cols (2008) Control prenatal en el medio rural. Revista Facultad de Medicina UNAM, Volumen 51, Número 5.
72. Manual de Comités de Prevención Estudio y Seguimiento de la Morbilidad y Mortalidad Materna y Perinatal (2012). Centro Nacional de equidad de género y salud reproductiva, Secretaría de Salud.
73. Procedimiento para la adecuada gestión del sistema de referencia y contrarreferencia (2008) Secretaría de Salud.
74. Bronfman, Mario (2001) Como se vive se muere. Familia redes sociales y muerte infantil. México Lugar Editorial/CRUM/UNAM.
75. Borgatti, Stephen; Ajay Mehra, Daniel Brass y Giuseppe Labianca (2009) «Network analysis in the social sciences». En Science, 5916

76. Moreno, Alberto (2008) Control prenatal en el medio rural. Revista Facultad de Medicina UNAM Vol. 51 No. 5
77. NORMA Oficial Mexicana NOM-197-SSA1-2000, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.
78. Cahuana-Hurtado, L, y cols (2004), Costo de la atención materno infantil en el Estado de Morelos, México. Revista Salud Pública México Volumen 46, Número 4.

ANEXOS

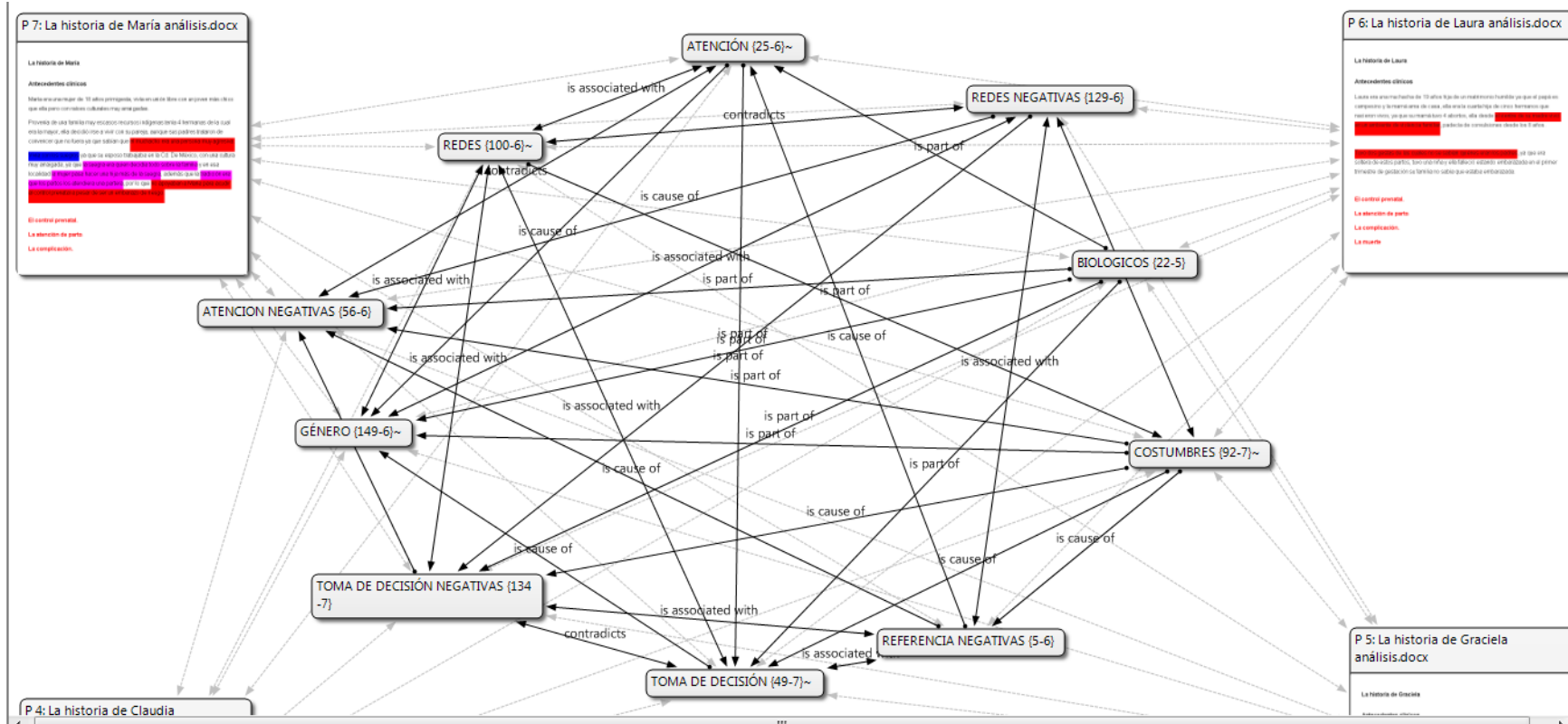
ANEXO 1. Cuestionario cerrado para análisis de expedientes de muertes maternas

No. Proceso	Mes	Certif.	Nombre	Edad	Localidad	Municipio de residencia	Jurisdicción	Lugar de defunción	Escolaridad	Ocupación	Estado civil	Causa básica	Fecha de defunción	Fecha de def. 2tif.	Arredores	Día	Hora	C. def	Eslabones	Censo de embarazadas	Esquema de td	Pf	Nodogesta	Atención prenatal	NOM-007	Deteción violencia	No. De consultas	Eval. Riesgos	Referencia	Motivo de referencia	Atención de parto	Datos r/n	Vivo/muerto	Sdg	Sexo	Peso	Violencia				

ANEXO 2. Guía de entrevista de violencia y muerte materna

1. Nombre de la paciente:
2. Fecha de defunción:
3. Lugar de defunción:
4. Edad:
5. Ocupación:
6. Con quien vivía:
7. Estado civil
8. Desde cuando vivía con la pareja
9. Su familiar se preocupaba por su salud
10. Su familiar se preocupaba por el embarazo
11. La conducta de la paciente había cambiado cuando empezó a vivir con su pareja o la familia de la pareja
12. La paciente se quejaba del trato que recibía
13. Estaban del conocimiento que la paciente era maltratada
14. Cuál cree Usted que sea la causa de la defunción de la paciente.
15. Usted sabe si la paciente sufría algún tipo de violencia:
16. En qué momento sufrió violencia:
 1. Antes del embarazo
 2. Durante el embarazo
17. El embarazo era deseado
18. El embarazo era aceptado
19. Usted cree que la violencia que sufrió su familiar tuvo algo que ver con su muerte
20. Cuando se enteró que su familiar sufría violencia, que le recomendó que hiciera
21. Como levo el proceso de embarazo su familiar
22. Como era el trato de la familia con la paciente
23. Como era el trato de la familia política con la paciente
24. Como vivió ella la violencia

ANEXO 3. Análisis Atlas Ti



CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDAD	2014												2015												2016										
	EN E	FE B	MA R	AB R	MA Y	JU N	JU L	AG O	SE P	OC T	NO V	DI C	EN E	FE B	MA R	AB R	MA Y	JU N	JU L	AG O	SE P	OC T	NO V	DI C	EN E	FE B	MA R	AB R	MA Y	JU N	JU L	AG O	SE P	OC T	
Revisión de Bibliografía																																			
Validación de encuestas																																			
Aplicación de entrevistas																																			
Análisis de Datos																																			
Redacción de tesis																																			
Presentación de examen de grado																																			