

POBLACIONES

Revista del Consejo Estatal de Población Tuxtla Gutiérrez, Chiapas octubre 2002 Año 1 Núm. 1



LA MUERTE MATERNA EN CHIAPAS

UN DIAGNÓSTICO DESDE LAS ESTADÍSTICAS VITALES*

Ma. de Jesús Ávila Sánchez
José Alfredo Jáuregui Díaz

La muerte materna se define como toda defunción de una ocurrida durante el embarazo, parto o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo (puerperio), por causas relacionadas y agravadas por ésta, pero no por causas accidentales o incidentales (OPS, 1995).

Con la intención de identificar los niveles y las tendencias de la mortalidad materna, así como realizar una caracterización de las mujeres que murieron por causas agravadas o asociadas con el embarazo, bajo el auspicio del Fondo de Población de las Naciones Unidas, el COESPO realizó un diagnóstico de la mortalidad materna en el ámbito regional y municipal en el estado de Chiapas para el periodo de 1991-2000, utilizando como fuente de datos los archivos en medios magnéticos de las estadísticas vitales de nacimientos y defunciones; estos archivos se agruparon en dos subperiodos quinquenales (1991-1995 y 1996-2000) y a su vez en un periodo decenal (1991-2000). Debido a que los registros de nacimientos se encuentran fuertemente afectados por el registro tardío fue necesario realizar una estimación de los nacimientos, a fin de contar con una medida más cercana a los niveles reales.

Mortalidad materna en el Estado.

En el país durante el período de 1991 al año 2000 ocurrieron 13,667 defunciones maternas, mientras que en el estado de Chiapas se registraron 901 defunciones lo que situó al estado como la sexta entidad con mayor número de muertes maternas ocurridas en el país, superado por Oaxaca, Puebla, Veracruz, Estado de México y Distrito Federal.

En México la razón de mortalidad materna (RMM)¹ para el periodo 1991-2000 fue de 54 defunciones

*Estudio financiado por el Fondo de Población de las Naciones Unidas y coordinado por el Dr. Germán Martínez Velasco.



¹La razón de mortalidad materna (RMM), es la relación entre las defunciones maternas y el número de nacimientos ocurridos, ambos datos referidos a un mismo período de tiempo; aunque generalmente es conocido como tasa, no obstante, en sentido estricto es una razón ya que expresa la relación entre el número de defunciones maternas por cada 100 000 nacidos vivos.

maternas por cada 100 000 nacidos vivos estimados, mientras que Chiapas alcanzó una razón de 79. Al comparar las defunciones maternas de la entidad en dos subperiodos quinquenales 1991-1995 y 1996-2000 se observa que éstas disminuyeron en alrededor del 20 por ciento, tanto en números absolutos como en la razón de mortalidad materna, es decir, el riesgo que tiene una mujer de morir en el embarazo parto o puerperio ha descendido (ver cuadro 1). Ello puede ser atribuible a los esfuerzos realizados por el sector salud en los últimos años de incrementar el número de centros prestadores de servicios de salud² de 230 que existían en 1995 a 808 en el año 2000, así como al descenso de la fecundidad (de 4.5 hijos por mujer en 1991 a 3.5 hijos en el año 2000).

Cuadro 1
Razón de mortalidad materna en los periodos quinquenales (1991-1995 y 1996-2000), Chiapas.

	1991-1995	1996-2000	Reducción Porcentual
Defunciones maternas	499	402	24.1
RMM*	86	72	19.4

Fuente: Estimaciones propias con base en las estadísticas vitales de nacimientos y defunciones, SSA-INEGI, 1991-2000.
*Razón por 100 000 nacidos vivos estimados.

Mortalidad materna por región

La RMM se distribuye por región de manera desigual: en el periodo 1991-2000, se encuentra en un rango que va de 53 defunciones maternas por 100,000 nacidos vivos en la región Istmo Costa a 122 para la región Sierra (ver cuadro 2).

Al comparar los dos quinquenios del periodo 1991-2000, se observa que de las nueve regiones económicas del estado, siete de ellas -Altos, Fronteriza, Frailesca, Norte, Selva, Soconusco e Istmo Costa- disminuyeron su RMM, en tanto que sólo las dos regiones restantes -Centro y Sierra- la aumentaron.

El incremento en la RMM de la región Centro y Sierra se puede atribuir a tres posibles factores: incremento en números absolutos de las muertes maternas, disminución de la fecundidad y/o un mejor registro de defunciones y nacimientos. En el caso particular de la región Centro en donde se ubica el municipio de Tuxtla Gutiérrez -capital del estado- pudiera existir un subregistro de muertes maternas debido a que las

Cuadro 2
Defunciones y razón de muerte materna según regiones económicas, 1991-1995, 1996-2000 y 1991-2000.

Regiones económicas	Muertes maternas			RMM*		
	1991-1995	1996-2000	1991-2000	1991-1995	1996-2000	1991-2000
Centro	58	75	133	49	63	56
Altos	90	65	155	97	85	91
Fronteriza	53	36	89	86	59	73
Frailesca	26	15	41	95	50	72
Norte	54	46	100	101	86	93
Selva	91	60	151	99	69	84
Sierra	32	33	65	116	128	122
Soconusco	82	62	144	93	72	82
Istmo Costa	13	10	23	60	47	53

Fuente: Estimaciones propias con base en las estadísticas de nacimientos y defunciones, SSA-INEGI, 1991-2000.
*Razón por 100 000 nacidos vivos estimados.

² Incluye centros rurales de uno a tres núcleos básicos, centros urbanos de tres a 12 núcleos básicos, brigadas y unidades móviles, hospitales integrales y generales, y centros de salud con hospital.

mujeres de distintas regiones del estado acuden a recibir asistencia médica y ocultan su verdadero lugar de residencia por temor a no recibir el servicio.

En términos generales, la región donde más aumentó la RMM fue la Centro con un 28.4% al pasar de 49 a 63 defunciones maternas por cada 100 000 nacidos vivos en el periodo 1996-2000 en comparación con el quinquenio anterior, en contraste la región Frailesca fue donde más disminuyó la RMM (47.6%) de 95 a 50 defunciones maternas por cada 100 000 nacidos vivos.

Mortalidad materna por municipio.

De acuerdo con los resultados que muestra la RMM para el periodo 1991-2000, se puede dividir al estado en cuatro grupos:

- Municipios que no registraron muertes maternas: Chicoasén, Nicolás Ruiz, Amatenango del Valle, Sunuapa, Tapalapa y Metapa.
- Municipios con baja mortalidad materna (RMM por debajo de la media estatal, 79 defunciones maternas por cada 100 000 nacidos vivos estimados), que en total son 43, entre los que destacan: Chicomuselo (23), Reforma (24), Tuxtla Gutiérrez (28), Acala (29), Ocozocoautla de Espinosa (33) y Villa Corzo (38).
- Municipios con media mortalidad materna (RMM entre 80 y 99), que son 19, entre los que se encuentran: Chapultenango (81), Zinacantán (82), La Independencia (83), Mazatán (89), Cintalapa (91), Coapilla (92), Socoltenango (93), Yajalón (94), entre otros.
- Municipios con alta mortalidad materna (RMM entre 100 y 271), que son 43, entre los que ubican: Chilón (100), Siltepec (101), Las Margaritas (108), Tuzantán (112), Motozintla (121), Chalchihuitán (125), Larráinzar (139), Tila (141), Simojovel (158), El Porvenir (209), San Juan Cancuc (213), Sitalá (230) y San Lucas (271).

Cabe mencionar que en municipios que presentan las más altas RMM se debe en gran medida a los usos y costumbres que prevalecen, tal es el caso de San Juan Cancuc en donde las mujeres suelen atenderse solas en el parto, por razones de pudor principalmente, sólo después del alumbramiento

permiten la ayuda de la suegra o el esposo y en menor medida de la partera (Cabral y Flores, 2000) por lo que los servicios de salud están subutilizados.

Al comparar el nivel de mortalidad materna de los municipios en los dos quinquenios 1991-1995 y 1996-2000, se concluye que de los 111 municipios del estado, 7 no registraron ninguna muerte materna, 60 disminuyeron su RMM mientras que 45 la aumentaron.

En el caso de los municipios que para el periodo 1991-2000 no registraron muerte materna alguna, no significa que no hayan ocurrido muertes asociadas al embarazo, parto y puerperio, ya que posiblemente exista un deficiente registro de la causa, mas aún tratándose de municipios indígenas con un alto grado de fecundidad. Un ejemplo, es el municipio de Amatenango del Valle que reporta en el periodo 31 defunciones de mujeres de 12 a 49 años, y ninguna asociada con el embarazo, parto y puerperio cuando las mujeres de este municipio tienen una alta TGF (tasa global de fecundidad de 4.1 hijos al terminar su periodo reproductivo), razón por la cual se ven constantemente expuestas a los riesgos asociados a la maternidad.

Mortalidad materna por tamaño de localidad.

En los diez años analizados, las defunciones maternas tendieron a concentrarse en mujeres cuyo lugar de residencia habitual era el medio rural (ver cuadro 3).



Al analizar las muertes maternas por tamaño de localidad y municipio se observa que en 22 municipios del estado el 100% de las muertes ocurrieron en localidades de menos de 1,000 habitantes siendo éstos: Altamirano, Bejucal de Ocampo, Chalchihuitán, Chanal, Chapultenango, Francisco León, La Grandeza, Huixtán, La Independencia, Ixhuatán, Ixtacomitán, La Libertad, Mitontic, Ostucán, Osumacinta, Pantelhó,

Cuadro 3
Mortalidad materna por tamaño de localidad de residencia habitual.

Tamaño de localidad	1991-1995		1996-2000		1991-2000	
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
1-999	294	58.9	219	54.5	513	56.9
1000-1999	70	14.0	51	12.7	121	13.4
2000-2499	12	2.4	5	1.2	17	1.9
2500-15000	87	17.4	70	17.4	157	17.4
15000 y más	35	7.0	57	14.2	92	10.2
No especificado	1	0.2	0	0.0	1	0.1
Total	499	100.0	402	100.0	901	100.0

Fuente: Estimaciones propias con base en las estadísticas de nacimientos y defunciones, SSA-INEGI, 1991-2000.

Pantepec, Rayón, Sitalá, Socoltenango, Totolapa y Unión Juárez. Así, el riesgo de morir que tiene una mujer en el embarazo parto o puerperio es mayor mientras menor es el tamaño de la localidad de residencia habitual. Por ejemplo la RMM 1991-2000 en una localidad menor de 2500 habitantes es 2.3 mayor que en una localidad de 15 000 habitantes y más. Seguramente esta diferencia se explica por los problemas de disponibilidad de servicios en el medio rural o por las barreras geográficas, económicas y culturales que



impiden una mejor utilización de los servicios de salud.

En general, se observa que el riesgo de fallecer por causas asociadas al embarazo, parto y puerperio han disminuido a través del tiempo tanto en las localidades urbanas como en las rurales (ver cuadro 4).

Principales causas de muerte

Al observar las causas de la mortalidad materna, se identifica lo siguiente: el 9.1% de las defunciones se debieron a problemas de aborto; a la toxemia le correspondió el 13.1%; y a la hemorragia el 27.3%. Las

Cuadro 4
*Razones de mortalidad materna por tamaño de localidad de residencia habitual

Tamaño de localidad	1991-1995	1996-2000	1991-2000
1-2499	102	81	92
2500-14999	84	69	76
>14999	32	47	40

Fuente: Estimaciones propias con base en las estadísticas de nacimientos y defunciones, SSA-NEGI, 1991-2000.
*Razón por 100 000 nacidos vivos estimados.

causas obstétricas indirectas causaron el 0.7% de las defunciones en el periodo 1991-2000. El resto son "otras causas obstétricas directas" que corresponde a una miscelánea de patologías diversas (ver cuadro 5).

Al observar las tendencias de estas causas entre los dos periodos quinquenales se encuentra que algunas de ellas descendieron entre uno y otro. En efecto, la RMM por hemorragia experimentó un descenso al pasar de 25 defunciones por cada 100 000 nacidos vivos a 18; mientras que la toxemia, registró un aumento considerable de 200% al pasar de 7 a 14 defunciones por cada 100 000 nacidos vivos. La mortalidad por toxemia, se ha mantenido en niveles persistentemente altos y, en los últimos años, ha compartido con las

Cuadro 5
Mortalidad materna por causas.

Causas de muerte	1991-1995			1996-2000			1991-2000		
	Abs.	RMM*	Distribución porcentual	Abs.	RMM	Distribución porcentual	Abs.	RMM	Distribución porcentual
Total	499	86	100.0	402	72	100.0	901	79	100.0
Aborto	48	8	9.6	34	6	8.5	82	7	9.1
Hemorragia del embarazo y parto	143	25	28.7	103	18	25.6	246	22	27.3
Toxemia	42	7	8.4	76	14	18.9	118	10	13.1
Infecciones del aparato genitourinario		0	0.0	3	1	0.7	3	0	0.3
Parto obstruido	18	3	3.6	4	1	1.0	22	2	2.4
Complicaciones del puerperio	37	6	7.4	52	9	12.9	89	8	9.9
Las demás causas obstétricas directas	210	36	42.1	125	22	31.1	335	29	37.2
Causas obstétricas indirectas	1	0	0.2	5	1	1.2	6	1	0.7

Fuente: Estimaciones propias con base en las estadísticas vitales de defunciones y nacimientos, SSA-NEGI, 1991-2000.
*Razón por 100 000 nacidos vivos estimados.

hemorragias la primera causa de muerte materna. La baja más notable tuvo lugar en el grupo que comprende "otras causas obstétricas directas", al descender de 36 a 22 defunciones por cada 100 000 nacidos vivos. El parto obstruido ha presentado también un descenso importante: que fue aproximadamente de 3 a 1. Por último, la RMM por complicaciones del puerperio -hemorragia en el posparto, trastornos hipertensivos y sepsis- aumentó de 6 a 9 defunciones por cada 100 000 nacidos vivos registrados.

El hecho de que la mortalidad materna haya disminuido poco en los dos periodos quinquenales analizados, revela las insuficiencias en lo que se refiere a cobertura institucional en la atención del parto, así como en la calidad de la atención obstétrica en general. Se sabe que "debido a que la hemorragia es difícil de predecir y potencialmente fatal, las tasas por esta causa descienden lentamente aun cuando la razón global de mortalidad materna disminuye. Reducir las defunciones por hemorragias requiere de habilidades e instalaciones relativamente sofisticadas, así como de acceso oportuno a ellas cuando ocurre emergencias" (Abou y Royston, 1991)

Edad y riesgo de muerte materna.

A pesar de las deficiencias que guardan las estadísticas vitales, es posible apreciar que el riesgo de muerte materna varía con la edad (ver cuadro 6). En Chiapas, en los años de 1991 al 2000 la más baja razón específica de mortalidad materna por grupos de edad corresponde al grupo de 20-24 años (54 defunciones por 100,000 nacidos vivos). El valor de este indicador se incrementa con la edad y acusa un aumento considerable después de los 35 años con una razón superior a 100 defunciones por 100 000 nacidos vivos estimados. Así, las mujeres de 40-44 años experimentan un riesgo mucho mayor ya que el valor asciende a 205 defunciones maternas por 100 000 nacidos vivos; esto es, casi cuatro veces más que la RMM del grupo 20-24.

Cuando se analizan las muertes maternas por edad y causa en los dos periodos de referencia, se encuentra que las hemorragias aumentan su importancia como causa de muerte en las mujeres menores de 15 años (de una razón de 37 a una de 80 defunciones maternas por cada 100 000 nacidos vivos),

Cuadro 6 Razones de mortalidad materna por grupos de edad en Chiapas, en los años de 1991 al 2000, la más baja razón específica de mortalidad materna por grupos de edad corresponde al grupo de 20-24 años (54 defunciones por 100,000 nacidos vivos)

Grupos de edad	1991-1995	1996-2000	1991-2000
<14	110	200	153
15-19	56	73	64
20-24	57	50	54
25-29	65	53	59
30-34	127	87	107
35-39	187	149	168
40-44	271	141	205
>44	107	64	85

Fuente: Estimaciones propias con base en las estadísticas de nacimientos y defunciones, SSA-INEGI, 1991-2000.

*Razón por 100 000 nacidos vivos estimados.

mientras que para los mujeres del grupo de 35 y 39 años disminuye su impacto (de 69 a 38). Las complicaciones del puerperio incrementaron su contribución como causas de muerte para el grupo de mujeres de 15-19 años. Por su parte la contribución de la muerte por aborto, aumenta conforme se incrementa la edad de la mujer y no se concentra en las jóvenes, como podría suponerse. Su nivel como causa de muerte, seguramente expresa la existencia de un subregistro.

Nivel de escolaridad.

Para este análisis, la escolaridad se dividió en seis grupos: sin escolaridad, primaria incompleta, primaria completa, secundaria o equivalente, preparatoria o equivalente y profesional, encontrando que en tanto más baja es la escolaridad mayor es el riesgo de morir por una causa agravada o asociada al embarazo, parto o puerperio. Así, en el periodo 1991-2000, el 44.4% de las mujeres que murieron por una causa materna no habían asistido a la escuela, el 32.2% no terminó la primaria, el 13.5% tenía primaria completa y el 6.0% secundaria y más (ver cuadro 7).

Cuadro 7
Defunciones maternas y distribución porcentual según nivel de escolaridad.

Escolaridad	1991-1995		1996-2000		1991-2000	
	Defunciones maternas	%	Defunciones maternas	%	Defunciones maternas	%
Sin escolaridad	249	49.9	149	37.1	398	44.2
Primaria incompleta	156	31.3	134	33.3	290	32.2
Primaria completa	53	10.6	69	17.2	122	13.5
Secundaria o equivalente	12	2.4	22	5.5	34	3.8
Preparatoria o equivalente	5	1.0	6	1.5	11	1.2
Profesional	1	0.2	8	2.0	9	1.0
No especificado	23	4.6	14	3.5	37	4.1
Total	499	100.0	402	100.0	901	100.0

Fuente: Estimaciones propias con base en las estadísticas vitales de defunciones SSA-INEGI, 1991-2000.

Al estimar la razón de mortalidad materna por nivel de escolaridad se obtiene que conforme aumenta la escolaridad disminuye progresivamente la razón; así, las mujeres con primaria incompleta para el periodo 1991-2000 presentaron una razón de mortalidad materna 3.5 veces mayor que las mujeres con secundaria o más.

Cuadro 8
Razones de mortalidad materna por escolaridad

Escolaridad	1991-1995	1996-2000	1991-2000
Sin escolaridad	105	82	95
Primaria	90	61	85
Secundaria o más	20	33	27

Fuente: Estimaciones propias con base en las estadísticas vitales de defunciones SSA-INEGI, 1991-2000.
*Razón por 100 000 nacidos vivos estimados.

En el ámbito regional respecto al nivel de escolaridad de las mujeres que fallecieron durante el embarazo, parto o puerperio, cabe destacar que en la región Selva y Altos más del 60% no había asistido a la escuela, mientras para la región Centro e Istmo Costa la proporción disminuyó a menos del 30% de las mujeres, esta situación esta relacionada con el nivel de desarrollo socioeconómico diferenciado de las regiones de la entidad, lo cual conlleva a que las oportunidades de acceso a la educación sean desiguales.

Estado civil

En términos generales en el periodo 1991-2000, 91.9% de las muertes maternas se presentan en mujeres unidas (casadas o en unión libre), 4.3% en mujeres solteras y 1.2% en mujeres alguna vez unidas (separadas, divorciadas y viudas).

Cuadro 9
Defunciones maternas y distribución porcentual según estado civil.

Estado civil	1991-1995		1996-2000		1991-2000	
	Defunciones maternas	%	Defunciones maternas	%	Defunciones maternas	%
Soltera	14	2.8	25	6.2	39	4.3
Casada	234	46.9	179	44.5	413	45.8
Unión libre	236	47.3	179	44.5	415	46.1
Separada	2	0.4	3	0.7	5	0.6
Divorciada	1	0.2	2	0.5	3	0.3
Viuda	1	0.2	2	0.5	3	0.3
No especificado	11	2.2	12	3	23	2.6
Total	499	100.0	402	100.0	901	100.0

Fuente: Estimaciones propias con base en las estadísticas vitales de defunciones SSA-INEGI, 1991-2000.

Al analizar la distribución porcentual por quinquenio se identifica un decremento en las defunciones de mujeres unidas y aumento de defunciones en mujeres solteras (cuadro 9).

Las mujeres que alguna vez estuvieron unidas son las que presentan el mayor riesgo de morir por una causa asociada al embarazo, parto y puerperio (ver cuadro 10) con una RMM de 237 defunciones maternas por cada 100 000 nacidos vivos estimados, mientras que las mujeres unidas presentan una razón de 80 defun-

Cuadro 10
*Razones de mortalidad materna por estado civil

Estado civil	1991-1995	1996-2000	1991-2000
Unidas	89	70	80
Solteras	47	75	62
Alguna vez unidas	172	302	237

Fuente: Estimaciones propias con base en las estadísticas vitales de defunciones y nacimientos SSA-INEGI, 1991-2000.

*Razón por 100 000 nacidos vivos estimados.

ciones maternas, a pesar de que la mayoría de las defunciones maternas se concentran en mujeres unidas. Lo que muestra que las mujeres que no cuentan con el apoyo moral, económico de la pareja se encuentran en mayor vulnerabilidad.

Atención obstétrica.

En el periodo de 1991-2000, poco menos de la mitad (43.4%) de las defunciones maternas registradas ocurrieron en el hogar, 32.9% en unidades médicas y 20.5% en "otro" lugar (que puede ser un vehículo, la vía pública, etc.).

La alta proporción de muertes maternas ocurridas en "otro" lugar es producto de la baja cobertura de los servicios médicos en la entidad, ya que es común que las personas al sufrir algún padecimiento grave tiendan a trasladarse de su municipio de residencia habitual a otro con mejor infraestructura hospitalaria en busca de ayuda médica. Así, en el periodo 1991-2000 el 22.6% de las muertes maternas ocurren en un municipio diferente al lugar de residencia.

Cuadro 11
Distribución porcentual de las muertes maternas por sitio de ocurrencia de la defunción.

Sitio de la defunción	1991-1995	1996-2000	1991-2000
Unidad médica	27.1	40.0	32.9
Hogar	59.9	22.9	43.4
Otro lugar	9.4	34.3	20.5
No especificado	3.6	2.7	3.2
Total	100.0	100.0	100.0

Fuente: Estimaciones propias con base en las estadísticas vitales de defunciones SSA-INEGI, 1991-2000.
*Razón por 100 000 nacidos vivos estimados.

Al observar la evolución del sitio de ocurrencia comparando los dos quinquenios referidos en el cuadro 13, se aprecia un incremento en las defunciones ocurridas en una unidad médica (de 27.1% en 1991-1995 a 40.0% para 1996-2000) así como las defunciones ocurridas en "otro" lugar (de 9.4% a 34.3%) y un decremento de 38.2% en las muertes maternas acaecidas en el hogar.

En el cuadro 12 se aprecia que las mujeres que presentan un mayor riesgo de morir por la maternidad son las mujeres cuyo alumbramiento ocurre en "otro" lugar debido a que en estos sitios no se cuenta con lo mínimo indispensable aunado a las condiciones insalubres del lugar.

Cuadro 12
*Razones de mortalidad materna por sitio de ocurrencia de la defunción

Sitio de la defunción	1991-1995	1996-2000	1991-2000
Unidad médica	101	107	104
Hogar	70	23	47
Otro lugar	1875	6248	3924

Fuente: Estimaciones propias con base en las estadísticas vitales de defunciones SSA-INEGI, 1991-2000.
*Razón por 100 000 nacidos vivos estimados.

Si comparamos el sitio de ocurrencia de la defunción materna con las causas de muerte de las mismas, se aprecian diferenciales considerables. Así, en el periodo 1991-2000 las defunciones por hemorragias del embarazo y parto ocurrieron con mayor frecuencia en el hogar (51.9%), al igual que las muertes por parto obstruido (76.2%) y aborto (42.3%); mientras que en los consultorios u hospitales ocurrieron las muertes por toxemia y por causas indirectas.

Mortalidad materna por atención.

Además, el 49.8% de total de las muertes por causas asociadas o agravadas por el embarazo, parto y puerperio en el período 1991-2000 no recibieron atención médica. Al comparar los dos subperiodos quinquenales se muestra un incremento porcentual del 36.6 por ciento en las mujeres que recibieron asistencia médica antes de morir (37.1% a 50.7%).

Cuadro 13
Distribución porcentual de las muertes maternas por condición de asistencia médica.

Condición de asistencia médica	1991-1995	1996-2000	1991-2000
Con asistencia médica	37.5	50.7	43.4
Sin asistencia médica	54.3	44.3	49.8
No especificado	8.2	5.0	6.8

Fuente: Estimaciones propias con base en las estadísticas vitales de defunciones SSA-INEGI, 1991-2000.

A partir de los datos anteriores, se puede suponer que en el periodo 1996-2000 hubo un incremento en la cobertura de atención médica, pero pese a ello, continúa siendo elevado el número de mujeres que mueren debido a causas asociadas o agravadas por la maternidad. De igual forma, es posible que además de la insuficiente cobertura de los servicios obstétricos se suma la calidad del mismo.

Las mujeres que recibieron atención médica en el periodo 1991-2000 registraron una RMM 2.5 veces mayor que la de las mujeres que no la tuvieron (136 y 54 defunciones por cada 100 000 nacidos vivos estimados respectivamente) lo cual puede explicarse por las siguientes situaciones:

1.-La salud de las mujeres que llegan en demanda de atención médica se encuentran tan deteriorada que prácticamente el riesgo de morir es demasiado alto.

2.-Aunado a lo anterior, la precaria calidad de los servicios en términos de personal capacitado, disponibilidad de medicamentos, equipo e insumos constituyen un punto crucial ante los eventos de emergencia.

Cuadro 14
*Razones de mortalidad materna por condición de asistencia médica

Condición de asistencia médica	1991-1995	1996-2000	1991-2000
Con asistencia médica	139	134	136
Sin asistencia médica	63	45	54

Fuente: Estimaciones propias con base en las estadísticas vitales de defunciones SSA-INEGI, 1991-2000.

*Razón por 100 000 nacidos vivos estimados.

Respecto a otras variables, podemos señalar que, en el periodo 1991-2000 el 92.7% de las mujeres que fallecieron por causas maternas no eran derechohabientes de los sistemas de seguridad social, lo cual determina en gran medida la incidencia de la muerte materna en Chiapas.

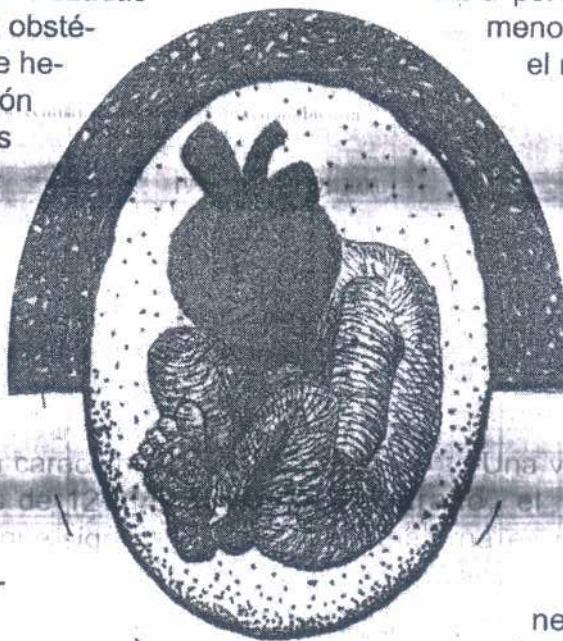
Cuadro 15
Distribución porcentual de muertes por derechohabencia

Derechohabencia	1991-1995	1996-2000	1991-2000
Si	6.6	8.1	7.3
No	93.4	91.9	92.7
Total	100.0	100.0	100.0

Fuente: Estimaciones propias con base en las estadísticas vitales de defunciones SSA-INEGI, 1991-2000.

Al comparar las defunciones maternas según características de atención médica con las defunciones de mujeres de 12 a 49 años en la entidad se advierte un patrón muy similar, lo que significa que la baja cobertura de los servicios de salud no fueron privativos para las mujeres que murieron por una causa materna, sino también lo fue para otras que por diversos padecimientos murieron en su periodo reproductivo.

De acuerdo a lo anterior, podemos apuntar que el principal medio para prevenir las defunciones de mujeres embarazadas consiste en proporcionar acceso a la atención obstétrica de emergencia que incluye tratamiento de hemorragias, infecciones, hipertensión y obstrucción del parto. Sin embargo en la entidad no es posible garantizarles a todas las mujeres, especialmente las que habitan en localidades pequeñas y que no cuentan con los medios a su alcance que puedan salvar sus vidas, tales como la remisión a centros médicos, la administración de antibióticos o la posibilidad de operaciones quirúrgicas.



c) Una vez producido el embarazo, el riesgo de muerte materna es más alto en edades tempranas y va incrementándose conforme aumenta la edad.

d) La escolaridad es un factor determinante en el riesgo de morir por causas maternas, a menor escolaridad mayor el riesgo.

A partir de los resultados de este diagnóstico se puede apoyar la identificación de poblaciones objetivo, o de alto riesgo, con el propósito de emprender acciones en materia de salud, además de identificar los municipios o regiones en donde deben de reforzarse los esfuerzos. Ya que como pudimos ver los factores asociados a la muerte materna pueden ser modificados por los servicios de salud. Aunque es notorio que la mortalidad materna no disminuirá sólo con acciones aisladas y asistenciales, ya que reflejan problemas estructurales de la Entidad, tales como la marginación social.

Conclusiones.

El fenómeno mortalidad materna permite vislumbrar un panorama en el que se destaca que:

- a) La mortalidad materna ha descendido en la entidad producto de una mayor cobertura de los servicios de salud y un descenso en la fecundidad lo cual contribuye a disminuir el riesgo de morir.
- b) Existen grandes diferenciales en el riesgo de morir en situación de embarazo, parto y puerperio dependiendo del municipio, región o localidad de residencia habitual, lo cual se encuentra relacionado con accesibilidad de los servicios de salud, barreras económicas y culturales.

Bibliografía

- Abou Zahr, C. y E. Royston, Maternal Mortality. A Global Factbook 1991; Ginebra, OMS.
- Aguirre, A., "La atención materno-infantil y su relación con la mortalidad materna e infantil: un análisis regional", Revista de Estadística y Geografía 1982; núm. 9, Secretaría de Programación y Presupuesto, pp. 9-28
- Arredondo A, Meléndez V, Modelos explicativos sobre la utilización de servicios de salud; revisión y análisis. Salud Pública México 1992; 34:36-49.
- Cabral Javier y Flores Ángel (2000), Salud sexual y reproductiva en jóvenes indígenas de las principales etnias de México, Coordinación General del Programa IMSS-Solidaridad.
- Consejo Estatal de Población, Diagnósticos Socioeconómicos y Demográficos de los Municipios del Estado de Chiapas 2001. COESPO, Chiapas, México.
- Consejo Estatal de Población, Índice Chiapaneco de Marginación Municipal 2001a; COESPO, Chiapas, México.
- Cleland J, Van Ginneken JK. Maternal schooling and childhood mortality. J. Biosoc Sci 1989; Suppl 10:13-34
- David V, Ochoa J, de Jespus M. Maternal mortality in Honduras: A nation-wide survey of rates, causes and risk factors. Tegucigalpa: Ministerio de Salud Pública, 1990
- Freyermuth Enciso, Graciela, y María Cristina Manca, Coord. (1999), Luna golpeada. Morir durante la maternidad: Investigación, acciones y atención médica en Chiapas, y otras experiencias en torno a la mortalidad materna. Comité por una maternidad sin riesgos. México.
- Kaunitz A. Maternal deaths in the United States by size of hospital. Obstet Gynecol 1984; 64:311-314
- Koenig M, Fauveau V, Chowdahuy A. Maternal mortality in Matlab, Bangladesh: 1976-85. Stud Fam Plann 1988; 19(2):69-80
- Kwast BE. Unsafe motherhood, a monumental challenge. A study of maternal mortality in Addis Ababa. Leiderdorp: B.E. Kwast, 1988
- Lehmann D, Mabie W, Miller J, Pernoll M. The epidemiology and pathology of maternal mortality: Charity Hospital of Louisiana in New Orleans, 1965-1984. Obstet Gynecol 1986; 69:833-839
- Leslie J, Gupta GR. Utilization of formal services for maternal nutrition and health care in the Third World. Washington, D.C.: International Center for Research on Women, 1989
- Lozano A, Leal A, Gómez C et al. Mortalidad materna en Nuevo León durante 1984. Factores médico-sociales. Ginecol Obstet Mex 1987; 55:119-127
- Mahler H. Safe motherhood initiative: A call to action. Lancet 1987; 668-670
- Organización Mundial de la Salud, Clasificación Internacional de Enfermedades 1987; Novena revisión. México, D.F., OMS.
- Organización Mundial de la Salud. Documento de referencia sobre estudio y prevención de la mortalidad materna. Fascículo 1. Washington, D.C.: OMS, 1986
- Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional de Enfermedades. Décima Revisión. México, D.F. OPS/OMS, 1995.
- Schaffner W, Federspiel C, Fulton M et al. Maternal mortality in Michigan: An epidemiologic analysis, 1950-1971. Am J Public Health 1977;67:821-829
- SSA/INEGI (1998), Contexto actual y aspectos relevantes de la Mortalidad. Secretaría de Salud/Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. México.
- SSA/INEGI (1999), La situación de la salud, Chiapas. Secretaría de Salud/Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. México.
- Tuñón Pablos, Esperanza (Coordinadora) (1999), Género y Salud en el Sureste de México. Vol.2., Colección Estudios de Género en la Frontera Sur. ECOSUR, UNFFA, COESPO. México.
- Vargas E, Maldonado J, Sosa A et al. Epidemiología del alto riesgo materno. Ginecol Obstet Mex 1986; 79-85
- Walker G, Ashley G, McCaw A, Bernard G. La mortalidad materna en Jamaica. Lancet 1986; 1(1): 486-488

Ma de Jesús Avila Sánchez y José Alfredo Jauregui Díaz son Maestros en Demografía por el Colegio de la Frontera Norte; actualmente tienen a su cargo el Departamento de Estudios de Población y el de Programación y Evaluación, respectivamente.

