

Ra Ximhai

Revista de Sociedad, Cultura y Desarrollo
Sustentable

Ra Ximhai
Universidad Autónoma Indígena de México
ISSN: 1665-0441
México

2007

ATENCIÓN DEL PARTO, MIGRACIÓN RURAL-URBANA Y POLÍTICAS PÚBLICAS DE SALUD REPRODUCTIVA EN POBLACIÓN INDÍGENA DE CHIAPAS

Austreberta Nazar Beutelspacher, Benito Salvatierra Izaba y Emma Zapata Martelo
Ra Ximhai, septiembre-diciembre, año/Vol.3, Número 3
Universidad Autónoma Indígena de México
Mochicahui, El Fuerte, Sinaloa. pp. 763-779



ATENCIÓN DEL PARTO, MIGRACIÓN RURAL-URBANA Y POLÍTICAS PÚBLICAS DE SALUD REPRODUCTIVA EN POBLACIÓN INDÍGENA DE CHIAPAS

ATTENTION OF CHILDBIRTH, RURAL-URBAN MIGRATION AND PUBLIC POLITICS OF REPRODUCTIVE HEALTH IN INDIGENOUS POPULATION OF CHIAPAS

Austreberta Nazar-Beutelspacher¹, Benito Salvatierra-Izaba² y Emma Zapata-Martelo³

¹Investigadores Titulares del Área Académica Sociedad, Cultura y Salud, El Colegio de la Frontera Sur. San Cristóbal de Las Casas, Chiapas, México. Correo Electrónico: anazar@ecosur.mx; bsalvati@ecosur.mx ²Investigador Titular B del Área Académica Sociedad, Cultura y Salud de El Colegio de la Frontera Sur, San Cristóbal de Las Casas, Chiapas, México. ³Profesora Investigadora Titular del Área Mujer Rural, Instituto de Socioeconomía, Estadística e Informática, Colegio de Postgraduados, *Campus* Montecillos, Estado de México. Correo Electrónico: emzapata@colpos.mx

RESUMEN

En este trabajo se analizan las tendencias en la atención del parto en mujeres indígenas urbanas marginales de Chiapas, provenientes de asentamientos rurales de los Altos de Chiapas. Es un estudio exploratorio que contribuye a esclarecer la relación que establece la población indígena inmigrante con los servicios institucionales de salud para la atención del parto y las modificaciones en las prácticas médicas tradicionales. Se discuten los alcances de esos cambios en la operación del programa institucional de salud reproductiva y el riesgo de muerte materna.

Palabras clave: Parto, mujeres indígenas, Chiapas.

SUMMARY

In this paper it's analyze the tendencies of childbirth attention of urban indigenous women excluded in Chiapas, from rural settlement in Los Altos de Chiapas. It's an exploratory essay which contributes to clear up the relation that establishes immigrant indigenous population with institutional health services for childbirth attention and modifications in traditional medicine. Are discussed the scopes of these changes in the operation of the institutional program of reproductive health and the risk of mother death.

Key words: Childbirth, indigenous women, Chiapas.

INTRODUCCIÓN

La atención médica eficaz y universal de poblaciones indígenas es, sin duda, un objetivo de las políticas y programas de salud reproductiva en los países latinoamericanos debido a las inaceptables tasas de morbilidad y mortalidad reproductiva que se registran en estos subgrupos de la población. Se estima que en América Latina y el Caribe, ocurren 22 mil muertes maternas cada año. La razón de muerte materna (RMM) estimada para esta región es de 190 defunciones por cada 100 000 nacimientos, cifra 9.5 veces superior a la de los países desarrollados (20 por 100 mil nacimientos) (WHO, 2004). El panorama para Asia y África es aún más desalentador. Por ello, se ha incluido la disminución de la muerte materna como uno de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, buscando otorgar especial atención a las poblaciones indígenas y marginadas.

En la Región de las Américas la diversidad cultural es evidente y está determinada, en gran parte, por la presencia vigente de aproximadamente 45 millones de personas indígenas pertenecientes a más de 400 pueblos indígenas diferentes (OPS, 2002). Ningún análisis de las condiciones de vida y salud puede dejar de lado la consideración del carácter multicultural, multiétnico y multilingüe de este continente.

Ante esta realidad, en 1992, el Subcomité de Planificación y Programación de la OPS propuso que se considerara más detenidamente la salud y el bienestar de los pueblos indígenas de las Américas. Después de una reunión de consulta celebrada en Winnipeg, Canadá, en 1993 con la participación de representantes de pueblos indígenas, gobiernos y otros interesados de 18 países, las recomendaciones se agruparon en una propuesta -la Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas- que posteriormente fue aprobada. Los principios de operación de esta iniciativa son: (a) un enfoque integral de la salud; (b) derecho a la autodeterminación de los pueblos; (c) respeto y revitalización de las culturas; (d) reciprocidad en las relaciones; (e) derecho de participación sistemática de los pueblos indígenas (ONU, 2003).

El acercamiento de los servicios institucionales de salud a las poblaciones indígenas significa un encuentro entre culturas, que sin embargo, ocurre en un marco de relaciones desiguales en cuanto al valor del conocimiento de las distintas prácticas médicas. En

México, en el periodo 2001-2006, se hizo explícita la Política de Atención a la Salud de Poblaciones Indígenas (SSA, 2002) que propuso realizar acciones en salud basadas en los principios de acceso eficaz, información, participación social, respeto a la diversidad y derechos humanos. No obstante, las acciones de atención de la salud en la población indígena han permanecido prácticamente sin cambios¹, excepto en lo que se refiere a cobertura y gasto en salud y ocasionalmente a proyectos intersectoriales de intervención, debido a que quienes operan en el sector salud no están formados(as) para comprender la importancia y especificidad de la atención médica integral y respetuosa, así como los procesos de cambio social, poblacional, organizacional y espacial de los pueblos indígenas, que modifican sus prácticas y riesgo reproductivo.

En México, según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (2004), ocurren 1 900 defunciones maternas por año, con una razón de mortalidad materna de 83 defunciones por cada 100 000 nacimientos, las cuales se concentran en 12 de las 32 entidades federativas, particularmente en el sureste de México (SSA, 2005).

Los asentamientos indígenas de los Altos de Chiapas, desde hace más de tres décadas están sujetos a un proceso de cambio social, económico y cultural que se ha acompañado, desde la década de los 90's, de una intensificación del proceso de migración rural-urbana que ha traído consigo distintas posibilidades aceptación de los servicios institucionales de salud, a la vez que acceso a prácticas médicas alópatas. Las implicaciones de estos cambios en el riesgo de muerte materna y del alcance de los servicios institucionales de salud, son prácticamente desconocidos.

En este trabajo se analizan las tendencias en la atención del parto en mujeres indígenas urbanas marginales de Chiapas, provenientes de asentamientos rurales de los Altos de Chiapas. Es un estudio exploratorio que contribuye a esclarecer la relación que establece la población indígena inmigrante con los servicios institucionales de salud para la atención del parto y las modificaciones en las prácticas médicas tradicionales. Se discuten los alcances de esos cambios en la operación del programa institucional de salud reproductiva y el riesgo de muerte materna.

¹ Es relativamente constante el reclamo, por parte de organizaciones indígenas, para que se les otorgue una atención médica no discriminatoria y respetuosa.

Antecedentes

La política de atención a la población indígena por la Organización Panamericana de la Salud (1998) que busca un acercamiento respetuoso de los servicios institucionales de salud, ha sido el marco conceptual para la enunciación de políticas y programas de salud reproductiva en México (SSA, 2002).

Los esfuerzos gubernamentales para abatir la muerte materna, pueden verse en la distribución del presupuesto asignado a Salud Reproductiva y dentro de ese rubro, a la atención del embarazo, el parto y el puerperio². No obstante la tasa de muerte materna en México continúa por encima de la de países desarrollados y también de países más pobres como Chile, Cuba o Costa Rica (WHO, 2004). En nuestro país, la muerte de madres indígenas es aun superior a la de las no indígenas (Freyermouth y De la Torre, 2002).

En el estado de Chiapas, cuya población indígena es del 29.0% del total de la población, la atención médica de las mujeres embarazadas, resulta especialmente importante debido a que la tasa de muerte materna es muy elevada (CONAPO, 2000) particularmente entre la población indígena y marginada (Cantoral y Nazar, 2004; Brentlinger et al., 2005). Aunque la tasa de muerte materna estimada por el Consejo Nacional de Población fue de 6.3 por mil nacidos vivos registrados en 1997, el Instituto de Salud del Estado de Chiapas (ISECH) reportó para el año 2004 una tasa de 8.97 por 1000 nacidos vivos registrados, lo que ubica a esta entidad con una de las cifras más elevadas de muerte materna en el país³.

Por otra parte, Chiapas tiene uno de los promedios más bajos de atención de partos por personal médico. De 1994 a 1997 menos de la mitad de los nacimientos fueron atendidos por un médico (49.0%); en contraste, las parteras atendieron uno de cada dos partos (Gobierno del Estado de Chiapas, 2001). Cifras similares han sido reportadas por el Consejo Nacional de Población (2000): 44.8% para el periodo 1994-1997. Según estimaciones de Sánchez (1998) para poblaciones marginadas, solamente el 14.5% de los

² Del presupuesto total destinado a salud en 2003 (Ávila-Burgos et al., 2003), el 9.0% fue para la atención de la salud materno infantil, y dentro de este capítulo, el 73.0% fue para la atención del embarazo, el parto y el puerperio.

³ Esta cifra fue el resultado de una estrategia estatal de búsqueda y seguimiento de mujeres embarazadas (Nazar et al., 2007), lo que disminuyó el subregistro de defunciones maternas a una de las cifras más bajas del país. La tasa de muerte materna, por tanto, fue más elevada.

partos ocurrió en área hospitalaria, cifra 2.9 veces menor que la reportada en el ámbito nacional (42.0%). El estudio de Cantoral y Nazar (2004) reporta que entre las defunciones maternas solamente el 47.2% recibieron alguna consulta médica durante el embarazo; entre las mujeres indígenas este porcentaje fue de 37.8% y entre las mestizas 59.4%.

En este documento se aporta información sobre los cambios y tendencias en el uso de servicios institucionales de salud para la atención del parto en mujeres inmigrantes indígenas y mestizas, asentadas en áreas marginales urbanas de Chiapas y se discuten sus implicaciones respecto a la elevada tasa de muerte materna y perinatal registrada en este sector de la población.

Aspectos metodológicos

La información analizada corresponde a la Encuesta de Salud Reproductiva en Áreas Marginales Urbanas (ESREPAM-2004), un estudio transversal, probabilístico, realizado en asentamientos urbanos marginales de las ciudades de Tuxtla Gutiérrez y San Cristóbal de Las Casas, en Chiapas. Estas ciudades tienen una población estimada de 454,252 y 138,487 habitantes, respectivamente (COESPO, 2000) y han tenido un crecimiento importante en los últimos diez años asociado a una intensa migración rural-urbana. Para el año 2003 se tenía un registro de 138 asentamientos irregulares en ambas ciudades (Paniagua, 2001; Andrade, 2002). Entre ellos fueron seleccionados aleatoriamente diez en Tuxtla Gutiérrez y cinco en San Cristóbal de Las Casas, para un total de 15. Las características de la población de estos asentamientos se presentan en el cuadro 1.

Cuadro 1. Muestra de población por ciudad. Áreas Marginales Urbanas de Chiapas, México.

Contexto Sociocultural	Número de colonias incluidas en la muestra	Número de grupos domésticos incluidos en la muestra	Número de habitantes (datos muestrales)			Población indígena %	Número de mujeres de 15 a 49 años			Mujeres embarazadas alguna vez pero no el año previo n/(%)			Mujeres embarazadas en el año previo n/(%)		
			H	M	T		I	Me	T	I	Me	T	I	Me	T
San Cristóbal de Las Casas	5	353	886	943	1829	889	50 1	423	924	121	73	194	31	15	46
Tuxtla Gutiérrez	10	781	1748	1804	3552	76	58	1863	1921	12	466	478	8	176	184
TOTAL	15	1134	2634	2747	5381	965	55 9	2286	2845	133	539	672	39	191	230

Fuente: Elaboración propia con base en la ESREPAM-2004. ECOSUR, 2004.

H= hombres

I= indígenas

M= mujeres

Me= mestizas

T= total

En total fueron aplicadas 1547 entrevistas individuales a mujeres de 12 a 55 años de edad, 1013 en Tuxtla Gutiérrez y 534 en San Cristóbal. De lo anterior, se obtuvieron 1004 entrevistas individuales a mujeres de 15 a 49 años de edad (332 en San Cristóbal y 672 en Tuxtla Gutiérrez), de las cuales, 664 refirieron estar unidas actualmente o alguna vez (66.1%). Entre ellas, 164 correspondieron a mujeres indígenas (24.7%) y 500 a mujeres mestizas (75.3%).

Para obtener la información fueron elaborados cuatro cuestionarios. Un cuestionario familiar que permitió obtener información sobre las características sociodemográficas de los grupos domésticos, incluyendo escolaridad, ocupación, sexo, edad, condición de unión y adscripción étnica. Asimismo, sobre características de las viviendas, de las actividades productivas realizadas por los miembros del grupo doméstico, de las características de la migración y de programas gubernamentales de apoyo a esta población. Los cuestionarios individuales fueron aplicados a mujeres de 15 a 49 años de edad y se dividieron, para facilitar la obtención de la información, en tres grupos: el cuestionario individual 1 dirigido a mujeres que reportaron que nunca habían tenido pareja o bien, que vivían en pareja pero que nunca se habían embarazado; el cuestionario individual 2 para mujeres que reportaron haber tenido hijos pero no en el último año, así como no estar embarazadas en el momento de la entrevista; el cuestionario individual 3, fue para mujeres recientemente embarazadas o embarazadas en el último año. En éste último se obtuvo información de mujeres mestizas e indígenas sobre la historia de cada uno de sus embarazos, la búsqueda o no de atención médica en el embarazo actual y las preferencias y lugar de atención del último parto. Este constituye la base datos sobre la que se sustenta el presente análisis.

La información histórica de los nacimientos permitió analizar las tendencias en el tiempo del tipo de parto, el lugar del parto, la práctica de la cesárea y el tipo de agentes que atienden el parto, comparando en todos los casos, a la población mestiza e indígena. Las comparaciones se establecen tomando como referencia los nacimientos ocurridos a partir de 1979 y los ocurridos hasta el año 2003. Los datos fueron capturados y analizados utilizando el programa estadístico SPSS v.13.

Tendencias en las prácticas médicas para la atención del parto

En el periodo más reciente (1999-2003), los partos atendidos por médicos(as) fueron de 73.9% en las mujeres mestizas y 34.7% en las indígenas. Ambas cifras representan un incremento, en el periodo de 1979 a 2003, de 149.0% y 104.6%, respectivamente. Paralelamente, se registra un descenso de 63.7% y 20.9% en la atención del parto por parteras o comadronas (figura 1).

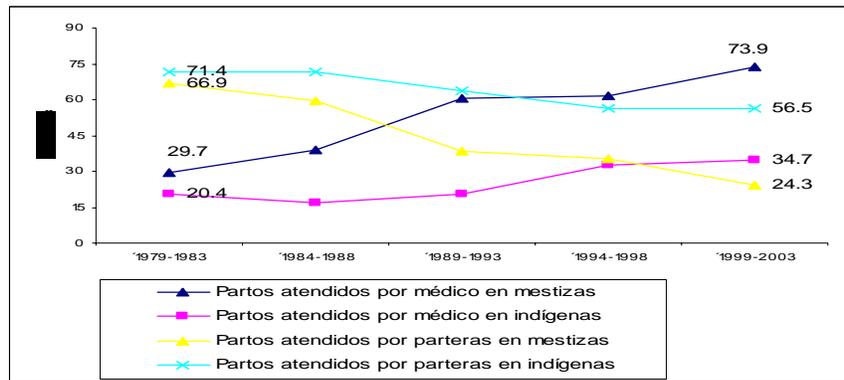


Figura 1. Proporción de partos atendidos por médicos(as) y parteras en mujeres mestizas e indígenas de asentamientos urbanos marginales de Chiapas en el periodo 1979-2003.

Fuente: Elaboración propia con base en la ESREPAM-2004. ECOSUR, 2004.

Existe, por tanto, en los asentamientos irregulares de estas ciudades, un cambio importante en la atención del parto, caracterizado por un incremento de la atención por médicos(as) y una disminución de la atención por parteras. Es importante destacar, que el 94.1% de las mujeres mestizas y la totalidad de las indígenas que fueron atendidas por médicos(as) dijeron hacerlo porque confiaban más en la preparación de los médicos que en la de las parteras para la atención del parto, lo que en conjunto con las tendencias observadas, evidencia un desplazamiento de valores hacia la medicina alópata tanto en mestizas como indígenas.

EZLN y tendencias en el lugar de atención del parto

Como puede verse en las figuras 2 y 3, con relación al lugar de atención del parto, tanto en la población mestiza como en la indígena ha disminuido el porcentaje de partos atendidos en el hogar, pasando de 79.5% a 26.9% en las mestizas y de 83.7% a 62.9% en las indígenas; a la vez que se ha incrementado la proporción de partos en clínicas u hospitales públicos. Una de las explicaciones del acelerado cambio en estas prácticas es la influencia

del levantamiento armado del Ejército Zapatista de Liberación Nacional (EZLN), la cual se dio a partir de dos procesos: (a) por una parte, la intensificación de la migración rural-urbana indígena y, (b) la respuesta de los gobiernos federal y estatal, que incrementaron notablemente el presupuesto e infraestructura en la entidad para la atención médica de poblaciones marginadas e indígenas de las áreas de apoyo a ese movimiento social.

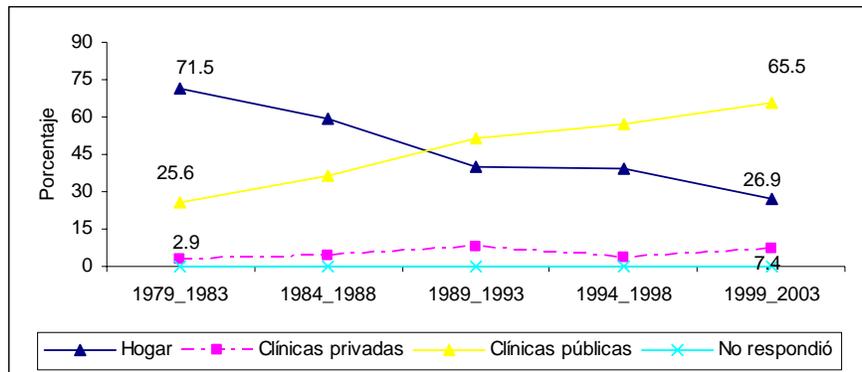


Figura 2. Proporción de partos de mujeres mestizas según lugar de atención, en asentamientos urbanos marginales de Chiapas en el periodo 1979-2003. Fuente: Elaboración propia con base en la ESREPAM-2004. ECOSUR, 2004.

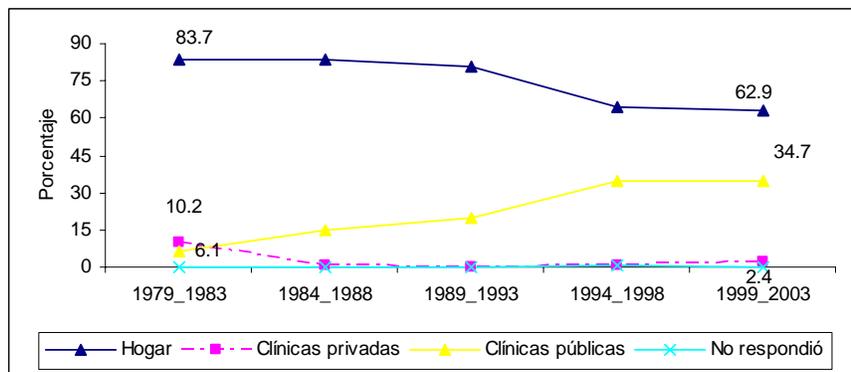


Figura 3. Proporción de partos de mujeres indígenas según lugar de atención, en asentamientos urbanos marginales de Chiapas en el periodo 1979-2003. Fuente: Elaboración propia con base en la ESREPAM-2004. ECOSUR, 2004.

En esas figuras es visible, con toda claridad, la aceleración del descenso de la atención del parto en los hogares y el incremento de la atención médica en instituciones públicas a partir de 1994, especialmente en la población indígena. Adicionalmente, al incremento de la oferta de servicios institucionales de salud, la migración rural-urbana puede significar la pérdida de contacto con las parteras de las comunidades y, por tanto, la búsqueda de la atención médica alópata como alternativa.

Llama la atención que la utilización de los servicios médicos privados para la atención del parto se han incrementado en la población mestiza –pasando de 2.9 a 7.4%-, y han disminuido en la población indígena: de 6.1 a 2.4%. Lo que muestra un efecto diferenciado en mestizas e indígenas del incremento de la oferta de servicios públicos de salud, mediado por la condición socioeconómica de ambos grupos.

Hasta aquí, se podría pensar que el cambio observado en las mujeres inmigrantes hacia una mayor atención del parto por médicos y en unidades médicas, podría significar una reducción del riesgo de muertes maternas; sin embargo, estos cambios se acompañan de nuevos riesgos tanto en la práctica médica institucional como en la permanencia de otras prácticas médicas para la atención del parto. A continuación analizaremos esas situaciones.

Medicalización y práctica de la operación cesárea

En el periodo de estudio, acompañando el incremento de partos atendidos en unidades médicas institucionales, se registra un descenso en la frecuencia de partos vaginales en población indígena y mestiza. Como puede verse en la figura 4, los partos vaginales en mujeres mestizas han pasado de 87.6% en el periodo 1979-1983 a 70.8% en el periodo 1999-2003, lo que representa un descenso de 24.0%. En las indígenas, la frecuencia de partos vaginales es mayor, pero también asociada a un descenso de -11.0% en el periodo de estudio. En contraparte, la práctica de la cesárea se ha incrementado casi nueve veces (870.0%) en la población mestiza y casi cuatro veces en la indígena (394.1%).

Este último dato coincide con lo señalado por Cárdenas (2003), quien demuestra en toda América Latina y el Caribe un incremento en esta práctica, lo que si bien podría atribuirse a una mayor identificación de riesgos en el embarazo o el parto, resulta desproporcionadamente alta frente al descenso de la mortalidad materna referido previamente, y más bien sugiere que el proceso de medicalización del embarazo y el parto puede llevar a la población a un mayor riesgo de complicaciones cuando esta intervención no está plenamente justificada.

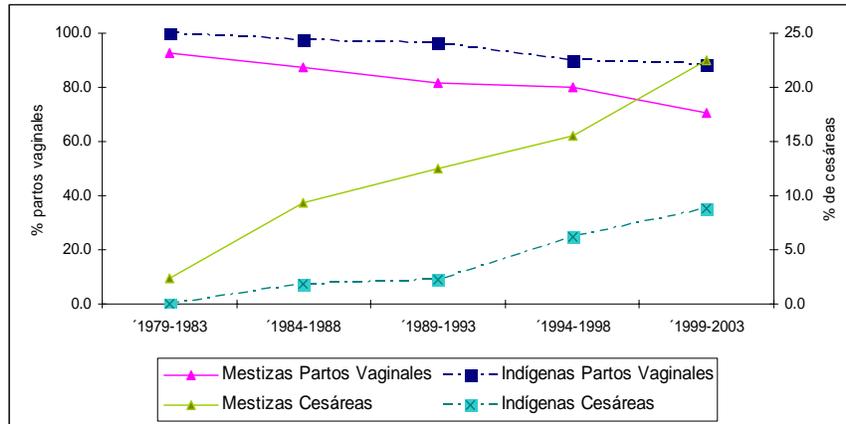
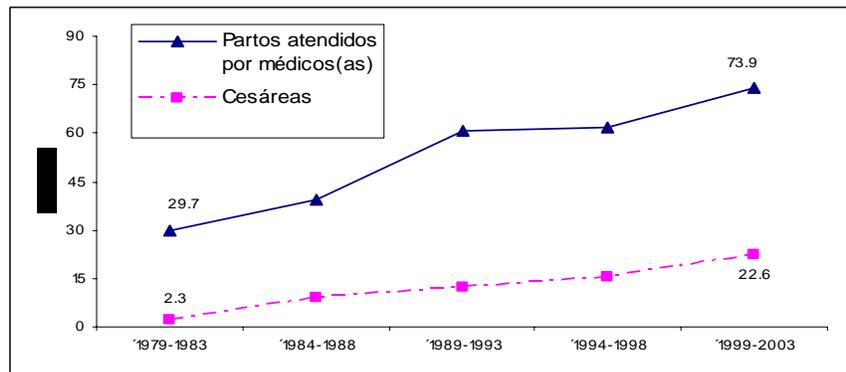


Figura 4. Proporción de partos vaginales y cesáreas en mujeres indígenas y mestizas en asentamientos urbanos marginales de Chiapas en el periodo 1979-2003.

Fuente: Elaboración propia con base en la ESREPAM-2004. ECOSUR, 2004.

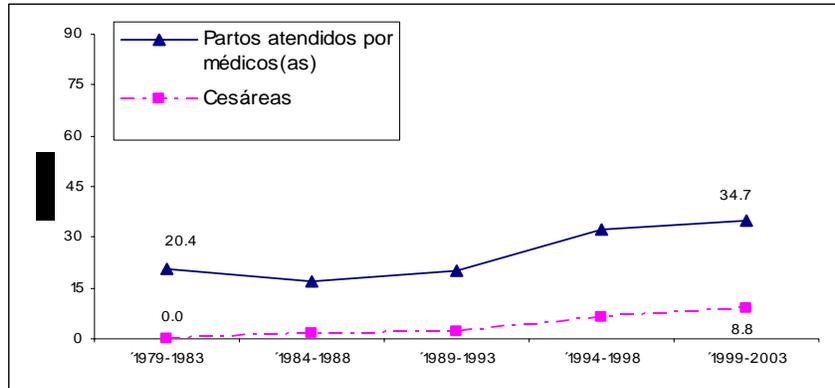
El incremento observado en la práctica de la cesárea está significativamente correlacionado con el incremento de la atención del parto por médicos(as), tanto en población mestiza como indígena (figuras 5 y 6).



$P=0.010$; correlación de Pearson a un nivel de confianza del 0.05%.

Figura 5. Correlación entre la proporción de partos atendidos por médicos y la proporción de cesáreas en mujeres mestizas en asentamientos urbanos marginales de Chiapas en el periodo 1979-2003.

Fuente: Elaboración propia con base en la ESREPAM-2004. ECOSUR, 2004.



P=0.021; correlación de Pearson a un nivel de confianza del 0.05%.

Figura 6. Correlación entre la proporción de partos atendidos por médicos y la proporción de cesáreas en mujeres indígenas en asentamientos urbanos marginales de Chiapas en el periodo 1979-2003.

Fuente: Elaboración propia con base en la ESREPAM-2004. ECOSUR, 2004.

Podría argumentarse que esta correlación corresponde a la identificación de riesgos por parte del personal médico y que en la población en estudio han permanecido prácticamente sin cambios en el periodo 1979-2003, lo cual ha derivado en un incremento proporcional de la operación cesárea. Sin embargo, como puede verse en la figura 7, la proporción de cesáreas en partos atendidos por personal médico se ha incrementado de 7.8% a 29.7% en mujeres mestizas y de 0.0 a 20.3% en mujeres indígenas, lo que expresa, como se mencionó previamente, un incremento de casi nueve veces en las mestizas y casi cuatro veces en las indígenas. Así, se registra una clara tendencia a realizar, cada vez con mayor frecuencia, esta intervención quirúrgica por parte de los médicos, lo que incrementa los riesgos asociados.

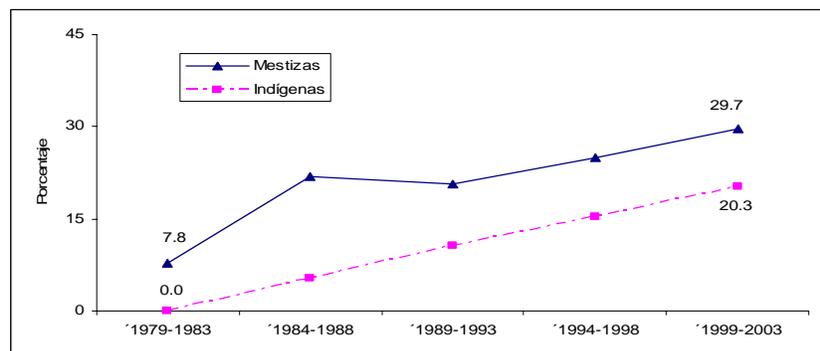


Figura 7. Proporción de operación cesárea en partos atendidos por médicos(as) en mujeres mestizas e indígenas en asentamientos urbanos marginales de Chiapas en el periodo 1979-2003.

Fuente: Elaboración propia con base en la ESREPAM-2004. ECOSUR, 2004.

Partos vaginales y riesgo en las áreas marginales urbanas

Si bien ha habido un incremento en la atención médica del parto asociado a una mayor oferta de servicios institucionales de salud en estas áreas –con el incremento de riesgos señalados previamente–, fue posible documentar la permanencia de prácticas de atención del parto de alto riesgo, particularmente en la población indígena. Nos referimos a la atención del parto por personal no calificado como vecinas y familiares (esposo, suegra, hermanas, tías). Como puede verse en la figura 8, la participación de estos agentes en la atención del parto en mujeres indígenas no solamente no ha disminuido a partir de la inmigración rural-urbana, sino que incluso muestra un incremento del 13.4% en el periodo.

Se puede apreciar un incremento notable en el periodo 1989-1993, probablemente asociado a las condiciones sociales previas al levantamiento armado del EZLN. No obstante, la permanencia e incremento de estas prácticas también puede ser explicada por: (a) la pérdida de contacto o dificultad para establecerlo, con las parteras tradicionales en el entorno urbano marginal y, (b) la pobreza extrema de este sector de la población.

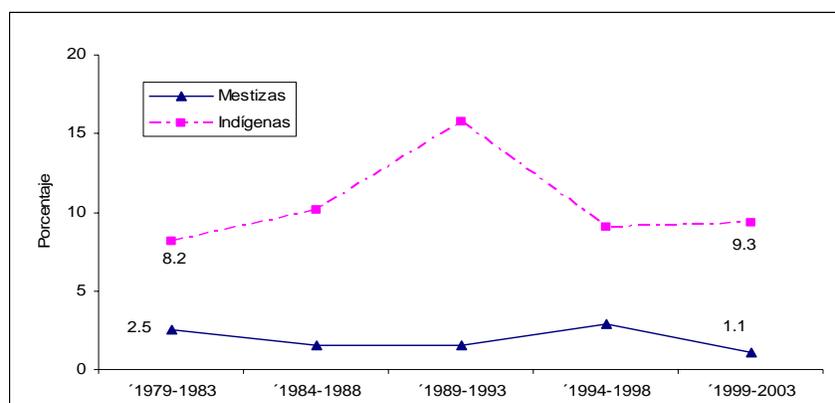


Figura 8. Proporción de partos vaginales atendidos por personal no calificado (vecinas y familiares) en mujeres mestizas e indígenas en asentamientos urbanos marginales de Chiapas en el periodo 1979-2003.

Fuente: Elaboración propia con base en la ESREPAM-2004. ECOSUR, 2004.

Esta última explicación parece más probable, debido a que la atención del parto en el sector médico institucional y por parteras tiene un costo económico que –aunque relativamente bajo–, para algunas familias es difícil de cubrir. De hecho, la atención del parto vaginal por parteras (casi siempre calificadas debido a los programas de capacitación ofrecidos por las

instituciones médicas desde hace por lo menos dos décadas), también ha disminuido en un 13.5% en las mujeres indígenas y en un 53.2% en las mestizas (figura 9).

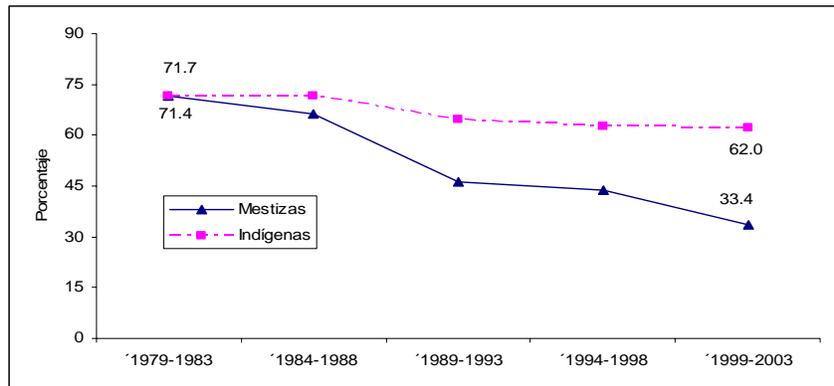


Figura 9. Proporción de partos vaginales atendidos por parteras en mujeres mestizas e indígenas en asentamientos urbanos marginales de Chiapas en el periodo 1979-2003.

Fuente: Elaboración propia con base en la ESREPAM-2004. ECOSUR, 2004.

CONSIDERACIONES FINALES

La población indígena registra hoy día importantes cambios sociales que modifican la forma en que enfrentan la atención de la salud reproductiva, y especialmente la del parto. En este estudio se ha documentado la influencia del movimiento armado del EZLN en la intensificación del proceso de migración rural-urbana en Chiapas, así como la respuesta gubernamental a ese movimiento. Ambos, con impacto en las prácticas médicas para la atención del parto en mujeres indígenas y mestizas asentadas en áreas marginales urbanas.

La oferta de servicios gubernamentales de salud ha contribuido a lograr una mayor cobertura de la población acrecentando la proporción de partos atendidos por el sector y su aceptación por parte de la población. Sin embargo, en este proceso de medicalización del parto, aparecen prácticas, que desde los servicios institucionales de salud, incrementan el riesgo de complicaciones. En particular, la práctica de la operación cesárea que ha aumentado sin un impacto notable en la disminución de la muerte materna, lo que sugiere que se ha instrumentado sin una indicación médica clara; es decir, ha habido un mayor número de cesáreas innecesarias, con el consiguiente aumento en los riesgos documentados en la literatura científica (Cárdenas, 2003).

Por otra parte, la ampliación de cobertura y utilización de los servicios institucionales de salud, no ha reducido la participación de personal no calificado en la atención del parto.

Los datos de este trabajo evidencian que casi uno de cada diez partos en mujeres indígenas es atendido por vecinas o familiares, y que esta práctica no solamente no ha disminuido, sino que registra un incremento superior al 10.0%; a la vez que la atención por parteras, agentes tradicionales altamente valorados y a quienes se han dirigido los programas de capacitación por las instituciones de salud, ha disminuido en mestizas e indígenas.

¿Qué implicaciones tienen estas situaciones en el riesgo de muerte materna? Estudios realizados en la población chiapaneca evidencian que el riesgo de complicaciones y mortalidad perinatal es cuatro veces más alto cuando el parto es atendido por estos agentes (Montero *et al.*, 2000), y que un buen número de defunciones maternas se deben a complicaciones derivadas de prácticas inadecuadas realizadas por personal no calificado (Cantoral y Nazar, 2004).

Así, el incremento de cobertura y utilización de los servicios institucionales de salud, si bien es deseable, expone a la población indígena y mestiza a nuevos riesgos asociados al abuso de la operación cesárea, a la vez que no tiene impacto en la participación de personas no calificadas en la atención del parto, quienes mantienen elevado el riesgo de muerte materna pese a los esfuerzos gubernamentales para abatirla. Por otra parte, existe una disminución de la atención del parto por parteras, agentes a los que se ha destinado desde hace décadas, importantes programas de capacitación por parte de las instituciones médicas.

Estos datos indican que el incremento de la utilización de los servicios institucionales de salud para la atención del parto se ha dado a expensas de la reducción de la atención por parteras y no por personal no calificado. La condición de pobreza extrema de la población, especialmente la indígena, es un elemento explicativo de la permanencia de estas prácticas. No podemos, sin embargo, descartar por parte de la población indígena, la preferencia por este tipo de prácticas debido al temor o experiencia de discriminación y maltrato por parte del personal médico en las instituciones de salud. En este estudio no fue posible obtener información al respecto, sin embargo, no eliminamos esa posibilidad y coincidimos plenamente con los postulados de la Organización Panamericana de la Salud para ofrecer una atención médica de calidad, respetuosa, que contribuya a disminuir los riesgos de este sector de la población.

LITERATURA CITADA

- Andrade, M. V. H. 2002. **Mercado ilegal del suelo en Tuxtla Gutiérrez.** Tesis de Maestría en Estudios del Desarrollo Urbano, Facultad de Arquitectura, Universidad Autónoma de Chiapas.
- Ávila-Burgos L., Cahuana-Hurtado L., Pérez-Núñez R. Gasto público nacional en atención materno-infantil durante 2003: algunos resultados preliminares. Instituto Nacional de Salud Pública, Centro de Investigación en Sistemas de Salud. www.insp.mx/portal/produccion/pdfs/295.pdf, revisado el 3 de septiembre de 2007.
- Brentlinger, E. P., Sánchez, P. H. J., Cedeño, M. A., Vargas, M. G., Hernán, A. M, Micek, A. M., Ford, D. 2005. **Pregnancy outcomes, site of delivery, and community schisms in regions affected by de armed conflict in Chiapas, México.** Social Science & Medicine, 61:1001-1014.
- Cantoral, P. A., Nazar, B. A. 2004. **La muerte materna en Chiapas. La atención del parto y el puerperio.** *Ecofronteras*, Revista ECOSUR, 22: 33-37.
- Cárdenas, R. 2003. **La práctica de la cesárea en las áreas urbanas de México.** Estudios Demográficos y Urbanos, 52:63-93.
- Consejo Estatal de Población del estado de Chiapas. 2000. **Base de datos del COESPO.**
- Consejo Nacional de Población. 2000. **Cuadernos de Salud Reproductiva: Chiapas, México.** 1-78.
- Freyermouth, E. G. y De la Torre, H. C. 2002. **Mortalidad Materna en los estados Oaxaca, Chiapas y Guerrero.** Panorama General. (ACAS, A.C. y Foro Nacional de Mujeres y Políticas de Población. (En Línea). Disponible en www.laneta.apc.org/foropob/boletines/bolfreyermouth.doc, revisado el 3 de septiembre de 2007.
- Gobierno del Estado de Chiapas. 2001. **Plan de Igualdad de Oportunidades 2001 – 2006.**
- Montero, M. E., Salvatierra, I. B., Nazar, B. A. 2000. **Efectos del tipo de atención del parto en la mortalidad perinatal en Tapachula, Chiapas, frontera sur de México.** Atención Primaria. 25(8):568-574.

- Nazar, B. A., Salvatierra, I. B., Zapata, M. E., Estrada, A. R. 2007. **Descentralización, alternancia política y género en la prevención de la muerte materna en Chiapas, México.** Cuadernos Mujer-Salud, 2007 (en prensa).
- ONU. 2003. **Iniciativa Salud de los Pueblos Indígenas.** Workshop on Data Collection and Disaggregation for Indigenous People, New York, 19-21 January, 2004.
- Organización Panamericana de la Salud. 1998. **Situación de Salud de los Pueblos Indígenas de Bolivia, Chile, Ecuador, Guatemala, Honduras, México, Perú, Uruguay, Belice, Guyana, Suriname.** HSP/HSO (español).
- Paniagua, C. M. A. 2001. **Expansión e irregularidades del suelo urbano en San Cristóbal de Las Casas.** Tesis de Maestría en Estudios Regionales con Especialidad en Desarrollo Urbano, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad Autónoma de Chiapas.
- Sánchez, P. H. J., Ochoa, D. L. H., Navarro, G., Martín M. M. 1998. **La tensión del parto en Chiapas, México: ¿dónde y quién los atiende?** Salud Pública México. Pp. 40:494-502.
- SSA. 2005. **Informe de Avance 2005 de los Objetivos de Desarrollo del Milenio en México.** Abril de 2006.
- SSA. 2002. **Fortalecimiento de la Oferta de Servicios de Salud.** Política de Atención a la Salud de Poblaciones Indígenas.
- WHO, UNICEF, UNFPA. 2004. **Maternal Mortality in 2000: Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA.** World Health Organization, Geneva.

Austreberta Nazar Beutelspacher

Doctora en Estudios del Desarrollo Rural por el Colegio de Postgraduados en Ciencias Agrícolas en México. Maestra en Medicina Social por la Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, Especialista en Epidemiología Aplicada por la Secretaría de Salud de México y los Centros para el Control de Enfermedades de los Estados Unidos. Médica Cirujana por la Universidad Autónoma de Chiapas (UNACH). Publicaciones en el campo de la Salud Reproductiva, Género, Calidad de Vida y Políticas de Población en los ámbitos nacional e internacional. Forma parte del Consejo Consultivo Científico y Tecnológico del estado de Chiapas. **Miembro del Sistema Nacional de Investigadores (SNI), CONACYT-México.**

Benito Salvatierra Izaba

Doctor en Estudios del Desarrollo Rural por el Colegio de Postgraduados en Ciencias Agrícolas en México. Maestro en Ciencias Sociomédicas con Especialidad en Estadística Aplicada a la Salud por la Universidad Nacional Autónoma de México, Especialista en Epidemiología Aplicada por la Secretaría de Salud de México y los Centros para el Control de Enfermedades de los Estados Unidos. Médico Cirujano por la Universidad Autónoma de Nicaragua. Publicaciones en los ámbitos nacional e internacional en el campo de la evaluación de impacto de políticas y programas sociales, en particular educación, fecundidad y desarrollo rural, salud reproductiva y sobrevivencia infantil. **Miembro del Sistema Nacional de Investigadores (SNI), CONACYT-México.**

Emma Zapata Martelo

Doctora en Sociología por la Universidad de Texas, Austin, Texas. E.U.A. Maestría en Sociología por la Universidad de Texas, Austin, Texas. E.U.A. y Licenciada en Sociología. Universidad de Texas, Austin, Texas. E.U.A. Ha trabajado durante veintisiete años en estudios del Desarrollo Rural. Impulsó la especialidad sobre estudios de género en la institución, dirigidos específicamente a la problemática de la mujer rural. Recibió el Premio Internacional de Investigación en Países en Desarrollo, otorgado por la Universidad Justus-Liebig, en Giessen, Alemania. Coordina, con la Maestra Blanca Suárez varias emisiones del Programa de Estudios Micro Sociales Aplicados (PEMSA), auspiciado por la Fundación Ford y la Fundación Rockefeller. Publicaciones más reciente es resultado de esta coordinación: *Remesas. Milagros y mucho más realizan las mujeres indígenas y campesinas*. Otros libros publicados: *Género, feminismo y educación superior. Una visión Internacional; Microfinanciamiento y empoderamiento de mujeres rurales; Women and power: fighting patriarchy and poverty. Mujeres Rurales ante el Nuevo Milenio. Desde la teoría del desarrollo rural hacia el género en el desarrollo*. Numerosos artículos de su autoría sobre las relaciones de género en el ámbito rural han aparecido en revistas nacionales y extranjeras. Pertenece a la Academia Mexicana de Ciencias; y forma parte del Consejo Consultivo Ciudadano de BANMUJER, en 2006 obtuvo el Premio Nacional María Lavalle Urbina. Profesora Investigadora Titular en el Colegio de Postgraduados en Ciencias Agrícolas en Montecillo, Estado de México. **Miembro del Sistema Nacional de Investigadores (SNI), CONACYT-México.**