

**URGENCIA OBSTÉTRICA Y SABER POPULAR EN TENEJAPA, CHIAPAS.
UNA EXPERIENCIA METODOLÓGICA EN LA APLICACIÓN
DE ENCUESTAS EN EL CONTEXTO MULTICULTURAL.¹**

Graciela Freyermuth

CIESAS-SURESTE

Hilda Eugenia Argüello Avendaño

Ivonne Villalobos

UAM-A

Cecilia de la Torre

CIESAS-SURESTE

INTRODUCCIÓN

Chiapas mantiene uno de los niveles de mortalidad materna más altos del país, y en San Cristóbal de Las Casas se ubica el centro jurisdiccional de la Secretaría de Salud que registra el mayor número de casos en el estado. En Chiapas, la tasa de mortalidad materna se duplica en los municipios con predominio de hablantes de lengua indígena (HLI)², y en estos municipios es, al mismo tiempo, dos veces mayor la proporción de mujeres que mueren sin recibir atención médica (Freyermuth, 2006).

Varias organizaciones agrupadas en la denominada *Red Social Contra la Muerte Materna en Chiapas* (RED), pusieron en marcha un Proyecto Piloto de Intervención, a fin de promover una maternidad segura en el municipio de Tenejapa, usando variadas estrategias, como capacitación, comunicación, abogacía, y monitoreo. El proyecto se ha centralizado en el municipio de Tenejapa, previa propuesta del Instituto de Salud de Chiapas (ISECH), a causa del alto número de muertes maternas acaecidas durante el año 2003.

¹ Agradecemos mucho la colaboración con trabajo de campo a Adabell Gómez ACASAC, Susana Barrios (ACASAC), Ricardo Estrada Martínez (INSAD), Luz María Uribe Vargas (INSAD), Ángel Gómez Santiz (ACASAC), Agustín Gómez Santiz (CIESAS), Hipólito Sánchez Martínez (CIESAS), Bertha M. Sánchez López (CIESAS), Eva Guadalupe. Sántiz López (ACASAC), Petrona Guzmán Jiménez (ACASAC) y Aurelia Hernández López (CIESAS).

² Nos referimos a aquellos con más de 69% de hablantes de lengua indígena.

El presente documento se basa en los resultados de la aplicación de una encuesta realizada en el municipio de Tenejapa, buscando fortalecer el trabajo de la Red. Su objetivo primordial fue indagar sobre los conocimientos y las prácticas poblacionales en torno a la urgencia obstétrica.³

ANTECEDENTES

Se reconocen, en el marco internacional, los limitados avances para la reducción de la muerte materna (Family Care International, 2003, 2005; OMS, 2005). El Informe de Salud en el Mundo (OMS, 2005), señala que “la salud materna muestra pocos indicios de mejora”. A escala mundial se identifica al subregistro de la mortalidad materna como un problema principal, ya que en la mayoría de los países se carece de información confiable. La causa de defunción solamente es registrada en un centenar de naciones (lo cual corresponde a una tercera parte de la población mundial) y se estima desconocer la suerte de una de cada cuatro mujeres que dan a luz.

En septiembre de 2002, los miembros de las Naciones Unidas suscribieron la Declaración del Milenio, en la que se incluye la meta para reducir la mortalidad materna. Los países firmantes acordaron que, entre 1990 y 2015, debía, esta tasa, reducirse en 79% (ONU, México, 2005).

El poco progreso, como ya hemos dicho, considerado desde la propia comunidad internacional (AMDD/UNFPA, 2002), ha generado nuevas investigaciones —y la relectura de muchas anteriores— que han modificado el marco lógico, haciendo una profunda reconsideración sobre el enfoque de riesgo, y planteando que **las complicaciones durante la maternidad son difíciles de pronosticar, pero posibles de tratar**. Este tratamiento puede aplicarse de dos maneras: a) como urgencias obstétricas (AMDD/UNFPA, 2002), y b) asegurando la atención durante la maternidad por parte de personal calificado (FCI /OMS).

Ante esto, la Organización Mundial de la Salud (OMS) (WHO, 2004a, 2004b) ha centrado su estrategia para abatir la mortalidad materna en la atención universal de los embarazos, partos y pospartos a cargo de personal profesional o calificado. Considerando como personal profesional a médicos o médicas ginecobstetras, a médicos o médicas generales, a parteras profesionales y a enfermeras obstetras. Se argumenta que esta atención profesionalizada del parto aseguraría la detección y

³ La encuesta se interesaba también en conocer el “consumo” de emisiones radiofónicas de los habitantes del municipio, con el fin de dirigir adecuadamente las campañas educativas por este medio.

tratamiento oportuno de la urgencia obstétrica, tanto en el primero como en el segundo nivel de atención (WHO 2004a y 2004b). Como parteras tradicionales se denominan a aquellas mujeres que atienden partos en la comunidad, que son independientes del sistema de salud y no han sido entrenadas formalmente. Sin embargo, la OMS las excluye de la definición de personal capacitado.

Para el seguimiento de avances en las metas, se utilizan indicadores de impacto y proceso: tasa de mortalidad materna y el número de partos atendidos por personal calificado; los mismos indicadores que se propusieron en la Declaración del Milenio.

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

Esto último requiere de una red de servicios de salud dotada de recursos materiales y humanos necesarios que otorguen la atención primaria de la urgencia obstétrica y su ulterior referencia al segundo nivel de atención. Esta propuesta se centra en la oferta de atención obstétrica de emergencia las 24 horas de los 365 días del año, en el primero y segundo niveles de atención. El plan requiere de la posibilidad de constituir una red de servicios de atención básicos, que permita la atención oportuna y la canalización a un servicio de emergencias completo, el que resolvería cualquier tipo de complicación obstétrica. Por tanto, es menester contar con personal calificado que canalice una vena de la paciente (con o sin hemorragia), que extraiga manualmente una placenta o restos placentarios retenidos, y maneje medicamentos oxitócicos, antibióticos y anticonvulsivantes intravenosos.

La diferencia básica entre ambas propuestas es que, en la primera, se privilegia la atención universal calificada del parto, y la segunda enfoca la atención calificada hacia los casos complicados (AMDD/UNFPA; 2002). Ambas persiguen abatir la mortalidad materna mediante la detección y tratamiento oportuno de la urgencia obstétrica.

El Informe de Avances 2005 en torno a los Objetivos de Desarrollo del Milenio en México, señala que el cumplimiento de la meta de 22 defunciones maternas por cada 100 mil nacimientos para 2015, se encuentra más lejana que alcanzar la meta

relativa a la mortalidad infantil (ONU, México, 2005). Los indicadores seleccionados en el ámbito nacional para medir el avance de la meta 5, que corresponde a la disminución de la muerte materna, estriban en la razón de muerte materna y el porcentaje de partos atendidos por personal calificado. Se planea —para el año 2006— la atención de personal calificado en 90% de los partos, e incrementar a cinco las consultas prenatales en, al menos, 95% de las mujeres embarazadas, logrando disminuir 35% la tasa de mortalidad materna, respecto a la registrada en el año 2000 (SSA/ APV, 2002).

En México prepondera el enfoque de riesgo, y éste se ha aplicado fundamentalmente a través de la consulta prenatal, lo cual ha llevado a los clínicos a clasificar a las embarazadas como de “alto” y “bajo” riesgo. Seguimientos realizados en el ámbito nacional e internacional han revelado que el control prenatal *per se*, no es un recurso suficiente que prevenga la mortalidad materna. Esto ha obligado a la OMS (OMS, 2003) a evaluar los modelos de atención prenatal para considerar estrategias que incluyan solamente intervenciones, cuya eficacia esté basada en evidencias científicas.

Las propuestas actuales para llevar a cabo el cuidado prenatal, implican la disminución del número de consultas, exámenes, y procedimientos clínicos (OMS, 2003; Carroli, 2005). Desde este nuevo paradigma, la consulta prenatal se convierte en un espacio educativo y de asesoramiento, que ayuda a las mujeres embarazadas a identificar signos de riesgo, y a establecer un plan de acceso a los servicios adecuados en caso de sufrir una urgencia obstétrica.

Un estudio reciente, realizado en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), mostró que las muertes maternas, registradas en el periodo comprendido entre los años 2000 al 2004, habían ocurrido, casi en la misma proporción, entre las mujeres con más de cinco consultas prenatales (37.4%) y entre aquellas que prácticamente no habían tenido este tipo de atención (32.6%), (Velasco, 2005). Por su parte, la Secretaría de Salud ha señalado que 90% de las mujeres que fallecieron por causas maternas habían tenido atención prenatal (Núñez Urquiza, 2005). Tampoco una incorporación temprana en la atención prenatal influyó de manera positiva, pues 31% de las mujeres que fallecieron habían iniciado su control prenatal en el primer trimestre del embarazo. Asimismo, en un encuentro de expertos nacionales (APV, Population Council, 2005) la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) reveló que en 44% de las demandas legales de 2004, en el área ginecobstétrica, los médicos no habían identificado condiciones de riesgo durante la consulta prenatal en quienes posteriormente desarrollaron diversas complicaciones (Manuell Lee, 2005). Esto, identificado por el expositor como impericia, está determinado por la

dificultad de predecir y, por consiguiente, prevenir la urgencia obstétrica. El nuevo paradigma considera que todas las mujeres embarazadas pueden tener una complicación, independientemente de haber sido catalogadas como de alto o bajo riesgo. Esto lleva a modificar la propuesta de atención.

De acuerdo con las recomendaciones de la OMS, es necesario conceptualizar, de nuevo, la consulta prenatal, con la intención de convertirla en un espacio donde se proporcione tanto información como educación a las embarazadas. De esta manera, las mujeres no solamente aprenderían a identificar los signos y síntomas de las complicaciones que pondrían en riesgo su vida, sino también reconocerían la más corta vía para la solución del problema. De acuerdo con sus esquemas de trabajo, los programas *Oportunidades* y *Por una Vida Mejor*, ofrecen la posibilidad de dar este nuevo sentido a la consulta prenatal; por ello nos interesó conocer en qué punto la educación para la salud (que se ha venido impulsando desde dichos programas), ha proporcionado, a las mujeres y los hombres de Tenejapa, elementos para identificar los signos de urgencia obstétrica y, así, acudir de manera oportuna a los servicios de salud.

CONTEXTO

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

Es una de las regiones más pequeñas de la entidad, después de la Sierra, y ostenta una densidad de población mayor que el promedio nacional y estatal. Casi la totalidad de sus municipios indígenas están clasificados con un grado de marginación muy alta,⁴ lo cual la sitúa como la de mayor marginación del estado.

⁴ El índice de marginación se utiliza en la administración pública para la planeación. Es una técnica de componentes principales que incluyen, para el análisis, variables relacionadas con educación, vivienda, ocupación, y características de la localidad.

El municipio de Tenejapa forma parte de la Meseta Central. Cuenta con una superficie de 99.4 km², equivalente a 0.13% de la extensión estatal y 2.53% de la regional. Está integrado por 50 localidades con 5 058 viviendas independientes ocupadas, según el censo de 2000. Treinta y una de las localidades son habitadas por menos de 500 personas, 12 tienen una población que va de 500 a 999 habitantes y las restantes siete, incluida la cabecera municipal, se encuentran en el rango de 1 000 a 1 999 habitantes. Se observa que 44% de la población está concentrado en las localidades de 100 a 499 habitantes, 24% vive en localidades de 500 a 999; otro 18% en localidades cuyo rango de población es menor de 100, y el restante 14% se ubica en las que tienen de 1000 a 1999 habitantes. El 99.5% de la población total de Tenejapa (30 640 habitantes) es tseltal, de los cuales 15 607 son mujeres; y la mitad de su población femenina y masculina es menor de los quince años. Más de 33% de las mujeres son analfabetas, tres veces más que sus pares masculinos. Para el año 2000 había 4 500 mujeres en edad fértil con un promedio de 4.6 hijos nacidos vivos, cifra superior al promedio nacional para población indígena (INEGI, 2000).

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

OBJETIVOS

El proyecto que nos ocupa tiene como objetivos primordiales:

1. Obtener algunos indicadores sociodemográficos de la población estudiada (mujeres de 15 a 49 años y hombres de 15-59 años de edad del municipio de Tenejapa, perteneciente a la región de Los Altos, Chiapas).
2. Conocer y analizar las prácticas y conocimientos, respecto a las emergencias obstétricas (embarazo, parto y puerperio), en la población de estudio.
3. Conocer y describir el consumo de radio en la población de estudio, con la expectativa de que pueda ser utilizado como un medio de información masiva acerca de las emergencias obstétricas.

METODOLOGÍA

El uso de la antropología y la demografía en la aplicación de las encuestas.

El estudio de la población desde la demografía, ha privilegiado la utilización de la metodología cuantitativa. Los censos y las encuestas se encuentran entre sus principales fuentes de información. Sin embargo, la disciplina muestra un carácter multifacético, y así en el siglo pasado, durante la década de 1980, se conforma una subdisciplina denominada “demografía antropológica” o microdemografía, a partir de la cual se intenta la combinación de las metodologías cuantitativa y cualitativa. (Cadwell, 1996 citado por Troncoso, 2001). Esta subdisciplina ha aportado el instrumento de recolección de información llamado *etnoencuesta*, que busca la combinación de estos dos enfoques en el estudio de fenómenos demográficos. (Massey, s.f. citado por Troncoso, 2001).

Para Basu (1998, citado por Troncoso, 2001), ambas disciplinas confluyen en dos aspectos. El primero corresponde a las encuestas sociodemográficas que comienzan a incluir preguntas abiertas. El segundo, se refiere al mayor involucramiento de los demógrafos en cuanto a la recolección de datos. Esto devino en una mayor sensibilización de la demografía. Para Troncoso (2001:14) en el campo de la demografía antropológica

(...) categorías de respuestas como “otro”, “no sabe” y “no contesta” son de interés más allá de las dificultades para el cálculo de medidas⁵. Por lo tanto, resulta imperativo entender las preguntas y las respuestas en su contexto sociocultural. (...) Existen preguntas difíciles de entender en ciertos contextos culturales y que, por lo tanto, tienden a tener una mayor tasa de no respuesta.

En México, el estudio de la salud reproductiva, la mayoría de las veces, se realiza a través de investigaciones de corte sociodemográfico, las que manejan básicamente la herramienta de la encuesta, tanto en muestras como en censos.

A propósito, en 1992, el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) llevó a cabo una investigación, financiada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), titulada *Mortalidad materna en áreas rurales de Morelos* (a cargo de Langer y Hernández, *et al.*), con el fin de elucidar los factores de riesgo para la mortalidad materna. No obstante, el único obstáculo acerca del cual reflexionan es el transporte hacia los domicilios de las fallecidas. En el estudio no hay especulación metodológica alguna concerniente a las complicaciones de la aplicación de una encuesta a personas cuya lengua materna no es el español, a pesar de que Morelos cuenta con una sociedad hablante de lengua indígena que se distribuye mayoritariamente en poblaciones menores de 2 500 habitantes, que son principalmente rurales. (www.inegi.com.mx)

La tesis de licenciatura en etnología de Henríquez (1992) intitulada: *Los métodos censales ante la organización política de los grupos indígenas de Los Altos de Chiapas*, es de la poca literatura en la que encontramos reflexiones relacionadas con las dificultades que implica obtener información en contextos indígenas, pues él partió de la experiencia de haber participado como jefe de zona censal en la región de los Altos, para el XI Censo General de Población y Vivienda.

(...) Con el fin de conseguir la información requerida hay que conocer las características regionales que permitan emplear, y en su caso adaptar o modificar, los lineamientos y procedimientos establecidos por una oficina central, a la que le es imposible tomar en cuenta las diferencias existentes entre cada una de las regiones que conforman al país. (4)

⁵ El problema radica en que las categorías de respuesta “otro”, “no sabe” o “no contesta” se convierten en casos sin información por lo tanto se reduce el número de casos que se analizan, afectándose el análisis de la respuesta.

La región indígena de Los Altos de Chiapas es una demarcación sumamente estudiada por la antropología, sin embargo, la demografía antropológica nos ha donado muy pocos estudios —el que presentamos es un ejemplo de ello— y por esta razón la bibliografía es escasa.

DISEÑO METODOLÓGICO

El diseño metodológico para la aplicación de la encuesta, corrió a cargo de la institución privada llamada *Investigación en salud y demografía A.C.* (INSAD). Los asesores del INSAD consideraron ante todo la creación de un diseño que, a la vez que conserva el rigor científico de un estudio demográfico, no implica costos demasiado elevados o imposibles de financiar.

De este modo, se descartó la posibilidad de realizar una muestra aleatoria. La razón principal fue que este procedimiento demandaba la contratación de dos personas especializadas, un muestrista y un cartógrafo, que incrementarían en demasía el presupuesto; por ello, finalmente propusieron el recurso del censo, pues resultaba una herramienta menos costosa y más benéfica, aunque traía consigo ciertas dificultades para el contexto de la región de Los Altos de Chiapas. Estos conflictos eran tales como la dispersión de las viviendas en un área geográfica accidentada, por ende, un mayor número de entrevistadores y, así, más tiempo para recorrer cuatro poblaciones completas.

Los asesores estimaron entonces la realización de 459 encuestas en el municipio de estudio, Tenejapa, distribuidas en cuatro localidades, tres con menos de mil habitantes y una que sobrepasara esta cantidad. La disposición fue la siguiente: Dos pequeñas, La Libertad y El Pach; una de mediano tamaño, Pactetón; y una grande, la cabecera. Calcularon, además, que mediante el empleo de dos entrevistadores de tiempo completo se concluirían al cabo de 58 días/entrevistador, proyección que, al mismo tiempo, era congruente con la recomendación acerca de la duración total del proyecto. El trabajo de campo no debía exceder las seis semanas por el riesgo de que la información se sesgara, pues, en otras palabras, ante un periodo prolongado de levantamiento de encuestas existe un riesgo elevado de que la población se alerte entre sí, o bien a las localidades vecinas que formen parte del estudio. Los metodólogos previeron que la capacitación de los entrevistadores se desarrollaría en un plazo no mayor de tres días.

Con el propósito de facilitar la exposición y claridad de la metodología llevada a cabo, el presente documento se divide en tres partes: La experiencia en la capacitación de la persona responsable del trabajo de campo con INSAD; la segunda,

la selección del personal, factores de inclusión y exclusión, y la construcción metodológica con el equipo de trabajo. Aquí se detalla la manera como se integró el equipo de siete entrevistadores bilingües, tanto su entrenamiento en el conocimiento del instrumento de la encuesta como la metodología para aplicarla, y también la traducción al tseltal del cuestionario que integra dicha encuesta. La segunda parte explica el desarrollo del trabajo de campo de 26 viajes desde San Cristóbal de Las Casas (SCLC) hacia las localidades de estudio.

LA CAPACITACIÓN DE LA COORDINADORA DE CAMPO

Los asesores de INSAD acompañaron y participaron en el diseño del cuestionario que consta de dos partes: Una cédula de vivienda y un cuestionario individual. Al mismo tiempo, aportaron un instrumento clave e imprescindible para llevar a cabo el levantamiento de las encuestas: La tabla de números aleatorios para la selección de la persona elegible, blanco del cuestionario individual. Por otro lado, crearon otros insumos para el control y avance de la cobertura, asignación y control de cuestionarios y un control de folios de vivienda.

Cuando estas herramientas estuvieron preparadas, el siguiente paso fue capacitar a quien habría de coordinar el trabajo de campo. Este aspecto es clave durante el proceso, pues la persona que coordina el levantamiento de encuestas debe conocer detalladamente los insumos mencionados y su empleo; esta fue la base de su capacitación. A partir de tales necesidades se puede desarrollar la pericia necesaria para seleccionar al personal y adentrarlo en el hábil manejo del cuestionario y, sobre todo, de la metodología que seleccione, aleatoriamente, a la persona elegible.

La capacitación requirió el viaje de la coordinadora desde San Cristóbal de las Casas, Chiapas, hacia la Ciudad de México, lugar sede del INSAD. Los asesores programaron su capacitación en una jornada de ocho horas. Dos asesores estuvieron a cargo. Lo primero que se revisó fue la metodología planeada, es decir, la aplicación de las encuestas a cuatro localidades previamente seleccionadas por el tamaño de su población y la lejanía o cercanía a la cabecera municipal. De manera inicial se revisó el material de la *coordinación de campo*, en el que se situó⁶ en

⁶ Los pasos del desarrollo de una encuesta son los siguientes: 1. Diseño del estudio 2. Trabajo de campo 3. Sistematización 4. Análisis

qué parte del proceso del desarrollo de una encuesta es explicada la coordinación de trabajo de campo y las obligaciones que le atañen:⁷

1. Planeación del trabajo de campo.
2. Reclutamiento y selección de los entrevistadores(as).
3. Capacitación a entrevistadores(as).
4. Recolección de la información.

La planeación del trabajo de campo se sustenta tanto en el número de entrevistadores, como en el periodo de tiempo (máximo seis semanas) y en los recursos económicos disponibles. Se sugirió la contratación de dos personas —como mínimo— de tiempo completo con experiencia en la realización de encuestas. Con esto se garantizaba que el trabajo de campo habría de completarse al cabo de seis semanas.

Respecto de esta primera recomendación, la coordinadora explicó a los asesores algunas de las dificultades que tal empresa plantea en un contexto indígena, tales como la dificultad de encontrar a personas bilingües con experiencia en levantamiento de encuestas. Además, el hecho de que cada entrevistador trabaje por su cuenta requiere de una relación de máxima confianza para tener la certeza de que lleve a cabo el trabajo respetando la metodología. Por otro lado, el aporte de experiencias anteriores (Henriquez, 1992), como la del levantamiento de encuestas para el XI Censo de población por el INEGI en la región de Los Altos, se reconoce que la negociación con las autoridades municipales y con las autoridades locales es un componente fundamental para el buen desarrollo de empresas de estas características, por lo que, si el encuestador enfrenta obstáculos en el desarrollo de sus actividades en el trabajo de campo, necesitaría el acompañamiento cercano de la coordinación para resolverlas.

En cuanto a la capacitación de los entrevistadores, se planeaba que se hiciera en no más de tres días, proporcionando para ello un material de apoyo en técnicas de entrevista. Se hizo hincapié en que los entrevistadores tendrían que conocer a la perfección el instrumento a aplicar, pues esa responsabilidad recae directamente en la coordinación.

⁷ La fuente de esta información también proviene del material *Coordinación de campo*, proporcionado por los asesores metodológicos de *Investigación en salud y demografía A.C.* (INSAD).

En este punto es importante conocer el organigrama propuesto para estructurar el equipo encargado de realizar las encuestas:



Como tareas generales, dentro de la organización del trabajo de campo, la coordinación debe hacerse cargo de la cartografía y la realización de entrevistas. Como el estudio se trataba de un censo de viviendas y no de un muestreo, no se realizaría una cartografía propiamente dicha. Mas lo que debía efectuarse era una serie de croquis concernientes a la localidad de estudio, con el objetivo principal de conseguir delimitar, perfectamente, las viviendas pertenecientes a ésta, y, por consiguiente, también la zona de trabajo de los entrevistadores.

En lo tocante a la realización de las entrevistas, las tareas⁸ incluyen:

- Mantener el apego del trabajo de campo a la metodología diseñada.
- Coordinar las actividades de los equipos de entrevistadores.
- Asignar áreas y cargas de trabajo.
- Dar apoyo y asesoría durante el operativo.
- Supervisar la calidad del trabajo realizado.
- Dar seguimiento al cumplimiento del calendario programado.
- Controlar recursos (presupuesto).
- Vigilar la tasa de No Respuesta (NR).
- Contacto diario con supervisor.
- Asignación de cargas de trabajo a supervisor.
- Actualización del reporte de NR: número de viviendas visitadas, de cédulas de vivienda, de cuestionarios individuales, de rechazos.
- Detección y seguimiento de casos para recuperación.
- Crítica selectiva de cuestionarios.

⁸ Fuente: Coordinación de campo, INSAD.

- Revisitas y acompañamientos selectivos.
- Actualización del calendario.
- Recepción y almacenamiento de materiales.
- Estimación y control de viáticos.

Hemos podido observar, ya en el organigrama, ya en esta serie de actividades, que la figura del supervisor se encargaría directamente, en campo, de la organización de los entrevistadores. No obstante, de no existir el supervisor, el coordinador es quien asume, inmediatamente, esa tarea.

Acto seguido se dio paso a la revisión de la encuesta, sus componentes y el escrutinio de cada uno de los reactivos. Al final, se hizo una práctica. Se le pidió a la persona que coordinaría la encuesta hacer la entrevista a una trabajadora del INSAD. Durante el desarrollo de esta práctica, los dos asesores tomaron notas del proceso. Cuando la entrevista concluyó procedieron a revisar junto con la coordinadora sus errores y aciertos. Fue recomendado que, antes de iniciar el censo, coordinadora y encuestadores se entrenaran.

CAPACITACIÓN DE LOS ENCUESTADORES

Selección y características de los encuestadores:

Como requisitos indispensables en la elección de los encuestadores se establecieron como lineamientos el bilingüismo y el sumo interés por el trabajo. Otro elemento necesario fue el conocimiento de la zona de estudio. Por ello se trató de priorizar a aquellos candidatos que conocieran o fuesen originarios del lugar de estudio.

De tal modo que al principio estaban considerados cinco candidatos para desempeñarse como entrevistadores, todos ellos bilingües y originarios de Tenejapa: Tres hermanas enfermeras residentes de San Cristóbal de Las Casas (SCLC), una técnica en salud también residente de SCLC, y un promotor de salud residente de Naranja Seca, Tenejapa.

Sin embargo, únicamente la técnica en salud permaneció. Las otras cuatro personas se retiraron al segundo día de la capacitación. Llegaron cuatro nuevas candidatas a través de las enfermeras. Este evento es digno de toda atención, pues en lo sucesivo la llegada de los candidatos no ocurrió por una convocatoria pública, sino por medio de quienes tuvieron contacto con el proyecto. De esta manera se sumaron dos personas más. La capacitación se reinició con nueve personas, de las cuales se despidió a dos, una por tener un pobre manejo oral del tseltal y la segunda por demostrar poco interés y un liderazgo negativo.

Del equipo de siete personas que se integró, solamente una persona tenía experiencia en levantamiento de encuestas, otra más, en hacer entrevistas para proyectos de antropología médica, el resto no tenía experiencia en la realización de censos y en la aplicación de encuestas. Esto nos lleva a considerar que la experiencia previa de los encuestadores no es un requisito indispensable. Pero sí lo es una capacitación exitosa.

Una observación pertinente, en estos momentos, es que el equipo final estuvo integrado por personas indígenas jóvenes, cuya educación y casi toda su vida había transcurrido en un contexto urbano (aunque multicultural), como lo es la ciudad de San Cristóbal de Las Casas. Dos integrantes del equipo contaban con licenciatura terminada, uno en pedagogía y la otra en enfermería; el resto tenía educación técnica en el área de la salud.

CÓMO INTEGRAR A UN EQUIPO ADECUADO EN UN CONTEXTO INDÍGENA

La integración de un equipo de trabajo en un contexto indígena es una empresa difícil. A pesar de que se tengan los lineamientos indispensables para elegir a los encuestadores, se mantendrá el inconveniente de limitar la oferta de los mismos. En el contexto de Los Altos de Chiapas es tarea ardua el hallar a personal profesional o que cuente con amplia experiencia en la aplicación de encuestas. La labor se vuelve más compleja cuando se emplea metodología puntual y rigurosa que guía la aplicación de la encuesta, como sucedió en este caso, y la que era la siguiente: la elección aleatoria de la persona a entrevistar mediante la utilización de números aleatorios. A continuación, como simple ejemplo, se describe la manera en que se llevó a cabo la capacitación del equipo de entrevistadores.

CAPACITACIÓN. UNA EXPERIENCIA PARA COMPARTIR

La capacitación se llevó a cabo en 13 sesiones de dos a tres horas de duración, en el lapso de dos semanas y media. Inició el lunes 30 de mayo y finalizó el miércoles 15 de junio de 2005.

Durante la primera semana y parte de la segunda se dio el retraso, en la llegada, de los posibles entrevistadores a la capacitación. Fueron citados en el transcurso de la tarde en un horario de las 16:30 a las 18:30 horas.

El primer día asistieron dos de las hermanas enfermeras y el promotor de salud. Con base en el documento de *Diseño de encuesta-Tenejapa*, se les explicó el objetivo del trabajo de investigación (la identificación de signos de complicaciones

durante la maternidad y el consumo de radio), las localidades a encuestar, el rango de edad de la población de estudio (15 a 49 años para la femenina, y de 15 a 59 años para la masculina), el número estimado de encuestas por realizarse, y la estructura de la encuesta (que consta de dos partes, la primera llamada *cédula de vivienda* y la segunda el *cuestionario individual*), y se les facilitó un ejemplar a cada uno de la encuesta para que la revisaran brevemente.

También se expuso el requerimiento de elaborar o verificar el croquis de cada localidad, el que era posible conseguir, en algunas localidades, de manos del promotor de salud local (quien por lo general ya cuenta con la elaboración del mismo); de igual forma, la presentación y la solicitud de ayuda al promotor y demás autoridades locales —como el comité de salud y de educación— nos reforzaría el acceso a las localidades, prescindiendo de obstáculos. También aquellos serían de mucha utilidad, puesto que en el proceso de las encuestas nos servirían como guías y como presentadores de las familias locales. Lo último que se planteó en aquella primera sesión fue la propuesta de realización del trabajo de campo como sigue: Los lunes, martes y miércoles las salidas serían por la tarde (a las 16:00 horas), y regreso aproximado entre las 19:00 y 20:00 horas; los sábados y domingos se realizaría una jornada de ocho horas; para ello se contaría con un vehículo que permitía el transporte de todo el grupo.

En el segundo día se presentó un momento crítico para el proyecto: las enfermeras nos informaron que no podrían participar, ya que laboraban cubriendo guardias hospitalarias y el horario de éstas interferiría con el de las salidas entre semana, sumado a esto aducían tener una oferta de trabajo a largo plazo. El promotor de salud ya no se presentó. Las enfermeras nos informaron que habían encontrado cuatro “reemplazos” que podrían ser de nuestro interés, puesto que deseaban trabajar como entrevistadoras, y el arribo de éstas se daría al siguiente día.

A la tercera sesión se presentaron, con demora, las cuatro personas recomendadas por las enfermeras: Berta, enfermera con licenciatura terminada; Aurelia, pasante de enfermería; Leticia, técnica en salud y Ana Leticia, psicóloga. Ésta última no era bilingüe, y aunque entendía muy bien el tseltal, tenía muchas dificultades para hablarlo. Con esta llegada de nuevos integrantes, debíamos reiniciar.

Al siguiente día se incorporaron Petrona, técnica en salud de Tenejapa, quien había sido considerada desde el principio, además de Eva y Ángel, dos técnicos en salud. Así pues, y tratando de no prolongarnos demasiado —a causa de los días de retraso acumulados— se les explicó, a los recién llegados, la misma información introductoria.

Para el quinto día comenzamos con la revisión del material de capacitación para entrevistadores llamado *Técnicas de entrevista*, también proporcionado por el INSAD, el cual básicamente contiene instrucciones y sugerencias de cómo lograr empatía con el entrevistado para obtener la información adecuada.

Al inicio de la segunda semana continuamos con la revisión de las técnicas de entrevista. Los entrevistadores participaron activamente leyendo el texto, mientras que la coordinadora ejemplificó las sugerencias y las situaciones que deben evitarse. En esta sesión se concluyó la revisión del material de las técnicas de entrevista.

En la séptima sesión profundizamos en el manejo de la metodología para seleccionar al *elegible*, recurriendo a la tabla de números aleatorios, la que igualmente había sido proporcionada por los asesores metodológicos. Para iniciar con la práctica de la utilización del ensayo, fue enfatizado el rango de edad de la población de estudio por sexo. Inmediatamente se inició el primer ejemplo con el propio caso familiar, esto es, en la situación hipotética de que fuera efectuada la entrevista en mi hogar, cómo se llenaría *la cédula de vivienda y el cuestionario individual*, observando con cautela los pasos para seleccionar al *elegible*.

Acto seguido, la coordinadora asumió el rol de entrevistadora, pidiendo la participación de voluntarios a fin de que actuaran como entrevistados. Así se trabajó en dos rubros: el llenado de la cédula de vivienda y la selección de la persona *elegible*. Esta dinámica pareció atinada, puesto que despertó el interés de los participantes y provocó el surgimiento de dudas a partir de ejemplos verdaderos. A través de esta sesión de ensayo se incorporaron dos posibles entrevistadores más, Agustín e Hipólito, provenientes de Oxchuc, el primero técnico en salud comunitaria y el segundo pedagogo.

En las sesiones subsiguientes procedimos a revisar más escrupulosamente el cuestionario individual y se continuó con las prácticas de selección del *elegible*. La técnica empleada fue básicamente la práctica entre los mismos entrevistadores, con simulacros en los que cada uno de ellos asumía el rol de entrevistador y otro de entrevistado.

Para el término de la segunda semana empezamos con la traducción del cuestionario de la entrevista, debido a que, de acuerdo con la metodología, las preguntas deben siempre hacerse de la misma forma, por lo que se pensó originalmente en traducir las preguntas con la participación de todos(as) y audiograbar las propuestas finales de traducción con su voz, con la idea de posteriormente repartir una copia a cada uno, para que pudieran repasarlas según lo consideraran necesario. Al principio, varios demostraron timidez en participar con alternativas de traducción aunque las llevaran escritas; otros, por el contrario, lo hicieron

activamente. Esto contribuyó, en buena medida, a poner de manifiesto y resaltar las habilidades de aquellos quienes podrían ser los mejores entrevistadores dentro del grupo. La dinámica empleada consistía en alentar la participación voluntaria del equipo en una mesa redonda, para elegir la que consideraran mejor, anotarla en un pizarrón y de nuevo revisarla entre todos hasta hacer las modificaciones con las que el equipo quedara satisfecho.

En aquella semana, las ausencias y la falta de puntualidad de algunos nos condujeron a tomar el acuerdo de modificar el horario de trabajo. Quedó acordado que este comprendería de las 17:00 a las 19:00 horas.

Ante el numeroso grupo de entrevistadores, el plan previsto para el trabajo del equipo de entrevistadores en campo fue objeto de modificaciones: Se pensó en asignar un grupo a los días lunes, martes y miércoles, y otro para fines de semana. En el segundo grupo se repetirían a tres personas del primer equipo, que serían los técnicos en salud Eva, Ángel y Petrona, porque se trataba de personal de confianza. Se dieron de baja a dos personas, el motivo principal: su inasistencia a sesiones críticas (cómo seleccionar a la persona elegible y la utilización y significado de la simbología y las claves del *cuestionario individual*). Otros motivos fueron el que una de ellas tenía un liderazgo negativo y la otra mostraba poca participación y un pobre manejo oral del tseltal. Así, entonces, el equipo finalmente quedó conformado por siete integrantes.

En el devenir de las sesiones de traducción, la coordinación resolvió que sería más fácil para que se llevaran a cabo las preguntas en tseltal siempre de la misma manera, escribirlas en tseltal, y elaborar un cuestionario respetando la misma estructura que la que se tenía en castellano, es decir, se traducirían únicamente las preguntas y las respuestas que fueran a ser leídas por el entrevistador, el resto de las respuestas con sus claves permanecerían en castellano, puesto que los entrevistadores, por ser bilingües, no tendrían dificultad en manejarlo de esta manera.

Por tanto, a finales de la segunda semana (10 sesiones) e inicio de la tercera de capacitación, las preguntas, que ya se habían traducido oralmente y se encontraban audiograbadas, fueron escritas en un pizarrón y reproducidas al mismo tiempo por la coordinadora en el formato de la *encuesta en tseltal*. El primer borrador se logró el 10 de junio, en la décima sesión, y se probó en las prácticas que continuamente se realizaban. De la puesta en práctica se detectaron errores, señalados por los entrevistadores. Cabe mencionar en estos momentos que haber contado con Petrona durante el proceso de traducción, originaria de Tenejapa, fue de invaluable ayuda para detectar las diferencias dialectales del tseltal, debido a que el resto del equipo utilizaba principalmente la variante tseltal de Oxchuc. Petrona señaló que la

redacción de algunas preguntas podrían no ser comprendidas por la población de Tenejapa, así que en la redacción de las preguntas se cuidó que fueran entendibles, tanto para los entrevistadores como para los futuros entrevistados.

Tuvimos entonces una nueva versión para el 14 de junio, y después de practicar con ella, el equipo sugirió nuevas correcciones, tanto de redacción como de formato. En esta sesión se tradujeron dos párrafos que se incluirían al inicio de la *cédula de vivienda* a manera de presentación, mismos que sintetizaban los objetivos y los motivos por los que este estudio se llevaría a cabo.

El 15 de junio poseíamos la versión final que fue nuevamente revisada y puesta en práctica por última vez por el equipo antes de iniciar con el trabajo de campo el 18 de junio.

El 18 y 19 de junio fue un fin de semana, el 18 se empezó el trabajo de campo en la cabecera municipal de Tenejapa, el 19 se dedicó a la localidad de La Libertad, que por su tamaño fue prácticamente terminada ese día (en esa primera visita quedaron pendientes tres entrevistas únicamente). De esta primera experiencia, el equipo hizo observaciones en cuanto a la traducción de algunas preguntas, así que nuevamente se hicieron correcciones para llegar a la sexta versión de la encuesta en tseltal que fue con la que se realizaron las encuestas posteriores hasta el término de las mismas.

TRABAJO DE CAMPO

Organización en las salidas, formas de optimizar el tiempo. Estrategias de organización.

Para la organización, el tiempo fue un elemento de crucial importancia. Puesto que el límite máximo del levantamiento de las encuestas era de seis semanas, la coordinación planeó el trabajo como sigue: La localidad más grande (mayor a 1500 habitantes) lógicamente llevaría más tiempo. Para completar el trabajo en ella, se le dedicarían más días de la semana. Para la localidad mediana, se pensó ocupar los fines de semana, dada su lejanía, a dos horas de distancia de SCLC, y dedicar en ella más horas juntas de trabajo. Por lo demás, esta estrategia permitiría una mayor probabilidad de encontrar a todos los miembros de la familia. Por último, para las localidades pequeñas estuvo previsto, desde un principio, el poder terminar el trabajo en una o dos visitas, valiéndose también de los de fines de semana.

Para operativizar el levantamiento de encuestas fueron tomados en cuenta los siguientes aspectos:

a) Diálogo con las autoridades locales, principalmente con los miembros y representantes del comité de salud y el de educación.

Esta estrategia permite, mediante la explicación de los objetivos y alcances del proyecto, generar confianza en la seriedad y el compromiso del estudio. Ellos actuaron como *porteros* para poder llegar a cada vivienda, a cada familia, provocando que aceptaran cooperar ampliamente.

b) Involucrar al comité de salud o al promotor como su representante en las actividades de la encuesta.

En Pactetón, localidad con un poco más de 120 viviendas, el promotor de salud fraccionó la localidad para facilitar el trabajo y la cooperación de las personas. Esto fue del modo siguiente: él junto con otros miembros del Comité de salud dieron aviso de nuestra visita a grupos de 50 viviendas por jornada con el fin de que no salieran y se encontraran todos los integrantes.

Además hicieron un llamado a las promotoras de *Oportunidades* para unirse a la empresa. Cada entrevistador fue guiado por, al menos, dos promotoras en la visita a las viviendas; previamente el Comité de salud y las promotoras acordaron la manera en cómo dividirse las 50 viviendas por jornada de trabajo.

Situaciones similares ocurrieron en La Libertad y El Pach, en las que el promotor de salud fue compañía y guía de los entrevistadores, sobre todo de aquellos que tenían que encuestar a las viviendas más alejadas, consiguiendo animar a la población para que algunos de sus habitantes fungieran como guías.

No obstante, esta situación no pudo repetirse en la cabecera, en la que prácticamente el levantamiento de encuestas se desarrolló sin el acompañamiento cercano del Comité de salud o del promotor de salud, lo que requirió un mayor esfuerzo por parte de los entrevistadores y de la coordinación para organizar el modo de recorrer la localidad y convencer, por sí mismos, a la participación poblacional.

c) Acompañar el trabajo de campo

El acompañamiento de la coordinación en el trabajo de campo, permitió que se optimizara el tiempo, por un lado, dirigiendo la distribución de los encuestadores para una cobertura efectiva de la población, y, por el otro, en caso de que algún entrevistador tuviera pendiente alguna entrevista, dejar al resto del equipo trabajando en una localidad y llevar al entrevistador a realizar su entrevista faltante en una localidad diferente.

Además, en los casos en que las viviendas quedaban lejanas y el acceso terrestre lo permitía, la coordinación se encargó de acercar lo más posible a los encuestadores hasta esas viviendas con el automóvil.

Por otra parte, el seguimiento cercano del trabajo de campo permitió, a ambos, coordinación y entrevistadores, innovar estrategias en los casos de negación. Una de estas innovaciones consistía en cambiar de entrevistador.

MONITOREO DEL TRABAJO DE CAMPO

a) El croquis como elemento de monitoreo

Mediante la presentación con las autoridades, y consiguiendo su permiso para realizar el levantamiento de las encuestas, se averiguó si ellos disponían de un croquis de la localidad. En los casos afirmativos, que sucedieron en todas las poblaciones, a excepción de la cabecera, se les fue solicitado.

Esta estrategia ahorró tiempo, además de que se hizo partícipe a la localidad. Del croquis, se les proporcionó una fotocopia a cada uno de los entrevistadores, pidiéndoles que anotaran cada una de las viviendas ya visitadas; así se lograron monitorear dos cosas: el término del trabajo y el desempeño de cada entrevistador.

En el caso de Tenejapa (la cabecera), el trabajo se dividió en equipos. A dos o tres entrevistadores se les asignó una calle, y entre los integrantes elaboraron los croquis de las viviendas visitadas.

En Pactetón el promotor de salud nos proporcionó un croquis grande y detallado de la localidad, y los encuestadores se encargaron de dibujar el croquis de su zona y las casas visitadas.

b) Revisión conjunta de los instrumentos aplicados

Se hizo un alto cuando se tuvieron terminadas las localidades pequeñas y parte de las localidades medianas y grandes, con la intención de revisar, juntamente con el equipo, las encuestas. Se procuró que cada entrevistador revisara las encuestas de otro para detectar errores como la omisión de datos, o en un caso más grave una equivocación en la selección del elegible.

Este proceso provocó un doble beneficio, por un lado, que cada encuestador revisara el trabajo realizado por un compañero suyo, generando así la detección de errores graves. Esto estimuló la autoevaluación del trabajo, y el surgimiento de dudas espontáneas al respecto. Por otro lado, éste es un proceso que optimiza el tiempo, pues se logran revisar en poco tiempo un gran volumen de encuestas, pues se separaron las encuestas que habría que corregir por entrevistador y localidad, para su ulterior corrección o complementación.

c) Reiterar continuamente a los entrevistadores la consulta de sus dudas.

Esta fue una tarea constante durante todo el proceso: Promover que los encuestadores confiaran todas sus dudas sobre la aplicación de las encuestas, con el objetivo de no generar supuestos, los que pudieran sesgar la información obtenida.

d) Reiterar continuamente a los entrevistadores liberarse de la vigilancia de sus preconcepciones

De igual forma, se procuró recordar y ejemplificar de manera permanente que las preconcepciones pueden obstaculizar el trabajo del encuestador, además de sesgar la información, al inferirle las respuestas a la persona entrevistada.

Finalmente, con todo lo expuesto, pensamos que uno de los principales aportes de esta experiencia en el campo de la demografía antropológica desde la antropología médica es haber traducido y adecuado, al tseltal, el cuestionario de la encuesta, pese a las variaciones dialectales con las que tuvo que lidiarse; pues, como ya se había dicho, los encuestadores eran hablantes de esa lengua, pero de regiones distintas.

La obtención de una encuesta en la lengua mayoritaria de las personas a encuestar facilitó, sobre todo, la participación de las personas, pues generó confianza, principalmente en el caso de las mujeres. Pues ellas resultan ser, en su mayoría, monolingües, y por tanto tienen menos oportunidades de expresarse en un contexto predominantemente castellanizado, como lo son los servicios de salud. Estas consideraciones revisten de vital importancia la finalidad de este estudio: La descripción y análisis de las representaciones de la población de Tenejapa (municipio de los Altos de Chiapas con mayor número de muertes maternas) sobre sus conocimientos en la identificación de los signos y síntomas de urgencias obstétricas y su actuación en cuanto a prácticas terapéuticas.

SISTEMATIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Posteriormente, las encuestas se codificaron, se capturaron en una base de datos y se analizaron a través del programa de *Estadística Aplicada a las Ciencias Sociales* (SPSS). Aplicamos la prueba de hipótesis Chi cuadrada a tablas cruzadas de tamaño 2×2 , y en algunos casos de 2×3 , para establecer la existencia de una relación entre las variables que nos interesaban. En todos los casos, como es usual, la hipótesis de trabajo, H_0 : las variables son independientes (no hay correlación, Chi cuadrada = 0); H_1 : las variables están relacionadas (las variables están relacionadas, Chi cuadrada mayor que 0).

En el caso de que se rechace H_0 ; es decir, que haya indicios de una relación entre las variables, la prueba no nos indica qué tipo de relación existe, por lo que es importante tener en cuenta, para la interpretación, qué variable provoca un cambio en la otra (var. independiente y var. dependiente). En todos los casos usamos un nivel de riesgo de 5% (la probabilidad de rechazar independencia cuando en realidad son independientes es .05). Para los cálculos estadísticos, como ya mencionamos, recurrimos al spss, versión 10. En este programa el nivel de significancia está calculado como significancia asintótica; es decir, como el límite al que tiende el nivel de significancia a largo plazo. Este tipo de cálculo permite una gran confianza en este análisis estadístico.

Durante los meses de noviembre y diciembre se realizaron las asambleas y foros para la “devolución” de los resultados a la población. Estas actividades se llevaron a cabo en 14 localidades del municipio de Tenejapa, con la asistencia de 1 562 mujeres y 376 hombres.

METODOLOGÍA

RESULTADOS

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

Uno de los entrevistados declaró hablar inglés. Finalmente, un gran porcentaje de la población (71%) había tenido hijos (cf. cuadros 1-8).

De las 417 personas entrevistadas, 186 no reconocen de manera espontánea⁹ un signo o síntoma de urgencia obstétrica durante el embarazo, 220 no lo reconocen durante el parto y 218 durante el posparto. Es decir, 50% de las personas no tienen conocimiento sobre los signos de riesgo que les deben hacer pensar que la esposa,

⁹ Las preguntas estaban redactadas de la siguiente manera Cuando una mujer **está embarazada**: ¿Cuáles son las señas que le harían pensar que ella o su bebé pueden tener problemas? Señalamos que es de manera espontánea porque el entrevistador no sugería una lista de posibles respuestas.

hermana, madre, o ella misma corre peligro durante la maternidad. El 26% de esta población no reconoció de manera espontánea ninguno de los signos de urgencia obstétrica que pueden aparecer en alguno de los tres periodos de la maternidad (cfr. cuadro 1).

Respecto a los signos y síntomas que harían sospechar que la mujer o el producto están sufriendo complicaciones durante el embarazo, parto o posparto, la mitad señaló que no conocía ninguno. La otra mitad se refirió al dolor como uno de los síntomas que evocan la presencia de complicación (216 en los tres periodos). El sangrado fue identificado en 105 ocasiones como un signo de alarma en los tres periodos; la presión arterial elevada fue reconocida en 32 ocasiones como signo de complicación durante el embarazo, y las crisis convulsivas (“ataques”) referidas en 14 ocasiones. El parto fue el periodo en el cual se obtuvo un mayor número de respuestas relativas al *no sabe* (220/417), y el menor durante el embarazo (186/417).

Si analizamos las respuestas, atendiendo al periodo en que ocurren las complicaciones, menos de 50% de la población percibe alguna señal de riesgo durante el embarazo, concentrándose las respuestas de los que identifican alguna en el dolor abdominal bajo (15%), ausencia de movimientos fetales (9.4%), sangrado (8.2%), y dolor de cabeza (9%). La hipertensión arterial, la hemorragia y la hipomovilidad del feto fueron los signos y síntomas que se mencionaron con más frecuencia. Se aprecia que, en general, el dolor es visto como una señal de riesgo, sólo si éste se presenta en el vientre y no en otra parte del cuerpo.

Las respuestas, para el periodo del parto, se distribuyen en forma muy similar; de nuevo el dolor bajo de abdomen se percibe como heraldo de peligro (20%), y con mucha menor frecuencia (26%) el parto prolongado (“que el bebé tarde en nacer”).

Otras señales de urgencia durante el parto, como sangrado, fiebre (“calentura”), y retención placentaria (“que no salga la placenta”) fueron identificados por menos de 10% de la población. Estas razones, en general, no se perciben como suficientes para pedir ayuda.

Para el posparto se identificó con mayor frecuencia al “dolor del cuerpo” (casi 20% de los entrevistados), la fiebre (10%), la anemia o falta de apetito (10%) y el sangrado (nueve por ciento).

Más de la mitad de los encuestados (52.3%) no identificó señal alguna de riesgo posterior al parto. Entre aquellos que perciben algún signo, la mayoría se refirió a la “debilidad” (aproximadamente 10% de los entrevistados).

A diferencia de lo detectado en cuanto embarazo y parto, el dolor no es el indicador de riesgo más frecuente en el puerperio, y sólo 65% respondió que, de presentarse, acudiría a un médico u hospital; más de la tercera parte recurriría a la partera, a algún familiar, o no haría nada.

Podemos decir que en las tres etapas la percepción del riesgo es muy pobre, y que para el posparto la poca información es más que evidente.

Los resultados muestran que casi toda la población seleccionada consideraba necesario acudir con alguna persona con el fin de vigilar el embarazo (95%). Un alto porcentaje (65%) acudiría al médico o al centro de salud; 30% a la partera y sólo un pequeño porcentaje a sus familiares o suegra (5%). Otras opciones de atención son marginales. Sin embargo, cuando se indaga respecto a la búsqueda de ayuda para la resolución de una complicación de la maternidad, las opciones de atención se modifican, volviéndose a colocar, la partera, en primer lugar; este personaje sería requerido en 35% de los casos. A la clínica, médicos, enfermeras y auxiliares de salud acudirían 49% de las y los entrevistados, y más de 12% buscaría la ayuda de vecinos o familiares, sobre todo de la suegra. Llama la atención que en Tenejapa el curandero no destaca como una alternativa de atención durante la maternidad¹⁰ Como vimos, la mayoría acudiría o a una institución de salud o a la partera de su comunidad.

Hay que anotar que aun cuando 95% respondieron que acudirían con alguien para vigilar el embarazo, menos de la mitad es capaz de identificar señales de riesgo, y que en este periodo más mujeres acudirían a la partera, y las menos a un médico u otro agente institucional.

También debe considerarse que las respuestas no son excluyentes; es decir, puede ocurrir que aunque una mujer acuda con un médico, enfermera o promotor de salud para el control del embarazo, también lo haga con la partera, y que, en caso de sospecharse algún riesgo, confíe más en la opinión de ésta.

Respecto al parto, igual que en lo relativo al embarazo, 95% declara que buscaría ayuda al presentarse éste en alguna mujer de la familia. Cuando se indaga entre quienes ya han tenido hijos, acerca de quién atendió su último parto, la intervención de la partera se incrementa en 49%, así como la de los familiares (6%), y la autoatención tres por ciento. La opción institucional se ve representada básicamente por el médico (14%), extinguiéndose las opciones enumeradas anteriormente y consideradas como posibles.

¹⁰ Se ha documentado en el municipio de Chenalhó que las familias acuden al Ilol en caso de que se presente una complicación durante la maternidad, Cf. Freyermuth, 2003.

En general, sangrado, “calentura”, y “que no salga la placenta”, no se perciben como razones para pedir ayuda, lo que se confirma analizando las respuestas textuales a la pregunta: *¿En qué casos pediría ayuda?* El dolor aparece en primer lugar, y en segundo una condición anormal del recién nacido. Por otro lado, algunas respuestas textuales a esta misma pregunta (en las que es claro que el entrevistado es varón) sugieren que éste esperaría a que la propia mujer, la partera o la suegra “le avisen” que hay riesgo, para pedir ayuda.

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

Del total de entrevistados, 74% eran mujeres que dijeron haber tenido hijos. De éstas, 49% habían confiado la atención de su parto más reciente a las parteras, lo cual muestra cierta inconsistencia respecto al porcentaje de mujeres que dijeron llevar control prenatal con las comadronas (30%). Aunque no podemos determinar cuál es el origen de esta inconsistencia, sí es posible afirmar, de acuerdo con los datos del archivo de ingresos hospitalarios (Hospital Regional de la SSA en San Cristóbal de Las Casas, 1998-2003), que los partos atendidos en este hospital, de mujeres procedentes del municipio de Tenejapa, no rebasa el número de 10 al año, y los datos del Sistema de Información para Población Abierta, correspondientes al periodo 2000-2002, revelan un promedio de apenas 10 partos anuales atendidos en el primer nivel de atención del ISECH en Tenejapa. Así se confirma el papel trascendental de las parteras en la atención de este periodo de la maternidad, superando con mucho a médicos e instituciones de salud.

Confirma lo anterior la respuesta a la pregunta: *¿en qué casos acudiría a una clínica u hospital?* Las respuestas textuales se agrupan en tres, por orden decreciente de frecuencia: “por enfermedad”; “porque el bebé no nace bien” o “no viene bien”; y “por vacunas o medicamentos”.

Otro aspecto relevante en este tema es que 50% de los entrevistados y entrevistadas cree que es bueno “apurar” el parto, y que 22% conoce de “inyecciones para apurarlo”. De éstos, 14% afirma haberlas utilizado.

Para indagar en los factores que pueden estar relacionados o incidir en el saber de las personas acerca de las señales de riesgo antes, durante o después del

parto, aplicamos la prueba Chi cuadrada a todos los cruces de variables que consideramos podrían tener sentido; es decir, a aquellas que podrían develar algún factor asociado con la percepción del riesgo.

En vista de que la identificación de las señales de riesgo por los entrevistados —para las tres etapas de la maternidad— resultó muy limitada, decidimos definir, como una categoría, a aquellos que identifican al menos un signo de alarma; por otro lado, la categoría complementaria la forman aquellos que no identifican ninguna.

Nos interesaba definir si la población que no percibía el riesgo compartía características sociodemográficas con aquella que tenía algún conocimiento de los signos y síntomas de la urgencia obstétrica. Consideramos algunas variables que podrían ser sugerentes de esta diferenciación. La que se nos presentó como más obvia fue el sexo, pues esta adscripción determina ciertos roles de género diferenciados, como el de la “mujer cuidadora de la familia”. Esto necesariamente lleva a un mayor conocimiento sobre la salud y la enfermedad. Por ello esperábamos que las mujeres poseyeran más experiencia que los hombres en este tipo de complicaciones; adicionalmente, las mujeres han sido la población blanco de programas como *Oportunidades*, hecho más evidente en los programas enfocados a mejorar la salud materno infantil. Otro factor que nos parecía relevante era el conocimiento del castellano, ya que el dominio de esta lengua redundaba en una mejor comunicación con el personal de salud, de mayoría mestiza. Suponíamos que la población hablante de español podría haber desarrollado una cultura de la salud, resultante de las campañas institucionales, emitidas las más de las veces en esta lengua. Por ello también la asistencia a los servicios de salud, donde la gente puede verse sometida al efecto de estas campañas, fue considerada como un posible factor de influencia. También fue analizada la diferenciación resultante del grado de escolaridad, variable que se ha asociado, tradicionalmente, con el riesgo de morir prematuramente durante la maternidad.

La edad es una característica fuertemente asociada a algunas otras, como a la de escolaridad, tener conocimientos del español e incluso la asistencia a los consultorios.

Solamente encontramos correlación entre tres variables: **Grupo de edad** / Identifica alguna señal de riesgo; **Número de hijos** / Identifica alguna señal de riesgo, y **Escucha la radio** / Identifica alguna señal de riesgo.

Analizando las frecuencias marginales de cada tabla, es posible ver que, en cada caso, la naturaleza de la correlación se puede establecer de la siguiente manera:

Grupo de edad / Identifica alguna señal de riesgo: Un número muy grande de personas mayores de 30 años (80.6%) identifica alguna señal de riesgo, en comparación con 68% de las personas menores de 30 años. Solamente 19% de los

mayores de 30 años no conoce un sólo signo de alarma, contra 31% de los menores de 30 años que cayeron en esta categoría.

Número de hijos / Identifica alguna señal de riesgo: El porcentaje de personas que no identifica alguna señal de riesgo es mucho más alto en el grupo que tiene menos de 2 hijos, a pesar de que no constituyen la mayoría de la población encuestada.

Escucha la radio / Identifica alguna señal de riesgo: En este caso, la correlación es muy clara en el sentido de que un porcentaje muy grande de los que saben de alguna señal de riesgo, escucha alguna estación de radio (73%). La mayor parte de quienes desconocen todo tipo de signos de alarma, no escuchan la radio (cuarenta y dos por ciento).

DISCUSIÓN

Los estudios recientes (WHO, 2004 a; 2004b; FCI, 2003; FCI, 2005) interesados en contribuir al abatimiento de la muerte materna han probado que la atención universal del parto por profesionales es indispensable para alcanzar tal objetivo. Este cuidado profesional permitiría identificar y tratar de manera oportuna las urgencias obstétricas. Sin embargo, en algunas regiones de nuestro país no se cuenta con estos servicios durante las 24 horas de los 365 días del año. Una de esas regiones es la de Los Altos de Chiapas, poseedora de una población mayoritariamente indígena monolingüe, y que en una proporción importante habita localidades con viviendas dispersas, lo que dificulta el acceso a los servicios. En Tenejapa, solamente una localidad cuenta con servicio médico durante las 24 horas los 365 días del año. Esto impide, en la mayoría de los casos, la atención profesionalizada del parto propuesto por la OMS.

En situaciones como esta, resulta fundamental promover la atención de las urgencias obstétricas para abatir la mortalidad materna. Con el fin de lograr el desarrollo de esta estrategia es requerido el cumplimiento de dos condiciones: 1) contar con clínicas estratégicamente ubicadas y en servicio las 24 horas los 365 días del año, con posibilidades de brindar atención de la urgencia obstétrica, y 2) una población capaz de identificar signos y síntomas de urgencia obstétrica, que acuda de manera inmediata a un centro de atención que cuente con el personal capacitado y con recursos para resolver el problema en un primer nivel, y así derivar a la paciente en caso de requerir atención hospitalaria.

Un estudio realizado en 2004 mostró que las clínicas de esta región no ofrecían servicio las 24 horas de los 365 días del año (Freyermuth *et al*, 2004). Durante 2005 se inició el fortalecimiento de los establecimientos de salud, tanto

del ISECH como de IMSS-Oportunidades, para poner en marcha clínicas con servicio continuo (como ya se mencionó); actualmente sólo existe una clínica con estas características en el municipio de Tenejapa. Sin embargo, será necesario que la población, cuando ya estuviesen instalados estos servicios, demande la atención al presentarse las urgencias obstétricas. Por ahora, los datos del apartado anterior muestran que 47% de las personas de las localidades seleccionadas no tienen conocimientos sobre los signos de riesgo que deben hacer pensar en complicación durante la maternidad.

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

Se observa que la percepción de riesgo se asocia principalmente al dolor, cuando, en realidad, las complicaciones de la maternidad acompañadas de este síntoma son minoritarias. La hemorragia —generalmente indolora— fue la causa de 70% de los fallecimientos maternos reportados en 2003 por el ISECH en esta región (ISECH; 2003). El dolor (abdominal o cefalea), en una enfermedad inicialmente silenciosa como la toxemia del embarazo, suele aparecer en etapas más o menos avanzadas del padecimiento; y la retención placentaria o de restos placentarios, causante de hemorragias e infecciones algunas veces fatales, no forma parte de los signos por los cuales la población solicitaría atención urgente en un establecimiento de salud.

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

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

Llama la atención la pasividad con que la pareja —en este caso el hombre— se comporta durante la maternidad, limitándose a ser mero observador, movilizándose solamente cuando la propia esposa u otra mujer de la familia han

detectado un problema y se lo solicitan, no obstante el hecho de que, como se demostró, las mujeres no tienen mayor información que los hombres.

Las correlaciones positivas identificadas con el nivel de conocimiento de los signos de riesgo son la experiencia de vida, la edad y el haber tenido hijos. Es decir, el hecho de que, cuando menos la mitad de esta población, haya acudido a la escuela, no se traduce en un mayor bagaje de conocimientos útiles para la sobrevivencia. La escuela no está cumpliendo su papel de educar para la vida. Desafortunadamente, es la experiencia a través de la maternidad o la paternidad lo que está haciendo posible que las personas adquieran un mayor conocimiento sobre los factores de riesgo. Información pagada muchas veces con un muy alto precio: muertes maternas o discapacidades secundarias a las complicaciones sufridas durante la maternidad.

CONCLUSIONES

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

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

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

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

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

ANEXO CUADROS¹¹

CUADRO 1

Distribución de la relación entre si conoce al menos un signo o síntoma de urgencia obstétrica y edad, hombres y mujeres entrevistados, Tenejapa, 2005

Grupos de edad	Conoce al menos una seña	No sabe	Total	%Conoce	%No sabe
<=30 años	162	74	236	68.64	31.36
>30 años	146	35	181	80.66	19.34
Total	308	109	417	76.86	26.14

CUADRO 2

Distribución de la relación entre si conoce al menos un signo o síntoma de urgencia obstétrica y el número de hijos, Tenejapa, 2005

Número de hijos	Conoce al menos una seña	No sabe	% conoce al menos una seña	% No sabe
De 1 a 2 hijos	114	57	37.01	52.29
De 3 a más hijos	194	52	62.98	47.70
Total	308	109	73.86	26.13

CUADRO 3

Distribución de la relación entre si conoce al menos un signo o síntoma de urgencia obstétrica y si escucha la radio, Tenejapa, 2005

Escucha la radio	Conoce al menos una seña	No sabe	Total	%Conoce	%No sabe
Sí	225	63	288	73.05	26.94
No	83	46	129	57.79	42.20
Total	308	109	417	73.86	26.13

¹¹ Elaboración propia con base en los resultados de la encuesta aplicada en Tenejapa, Proyecto Diagnóstico sobre identificación de signos de complicaciones obstétricas en el municipio de Tenejapa, Chiapas. 2005

BIBLIOGRAFÍA

Acsadi T. F., George et al., 1993, *La maternidad sin Riesgos en América Latina y el Caribe: aspectos socio-culturales y demográficos de la salud materna*, Family Care International.

Argüello, Hilda, 2005, *El claroscuro de la mirada. Estudio de prácticas y representaciones en la relación entre prestadores de servicios de salud y usuarias obstétricas en un hospital público de Chiapas*, Tesis para obtener el título de Maestra en Antropología Social en el CIESAS-Sureste, San Cristóbal de Las Casas, México.

AMDD, UNFPA, *Para comprender las causas de las defunciones maternas, Módulo, Sistema de Aprendizaje a Distancia sobre Cuestiones de Población*, 2002.

Arranque parejo en la vida, Population Council, *Diálogo de Expertos en Salud Materna y Perinatal. Programa de Trabajo*, México, 4-6 de abril, 2005.

Buttiëns H. Marchal B., De Brouwere V. Editorial: *Skilled attendance at childbirth: let us go beyond the rhetorics*, Tropical Medicine and International Health, Volume 9 Núm. 6 pp 653-654, June 2004.

Comité Nacional APV, 2003, *Operativo APV Chiapas*, Comitán de Domínguez y San Cristóbal de Las Casas, Informe 2003, Secretaría de Salud, México.

Carrolli Guillermo, Centro Rosarino de Estudios Perinatales (CREP) OMS, Argentina, *Elementos del Paquete de Control Prenatal de la OMS*, *Diálogo de Expertos en Salud Materna y Perinatal*, organizado por Arranque parejo en la Vida y Population Council, 3-5 de abril 2005.

Diario Oficial de la Federación, Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, *Atención de la Mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio*.

Family Care International, *Saving Women's Lives: Skilled Care Initiative, Narrative Report*, Submitted to The Bill and Melinda Gates Foundation, 588 Broadway, Suite 503, New York, NY 10012, May 2002-April 2003.

Family Care International, *La Atención Calificada durante el Parto. Perfiles de país*, preparado por Rana Rizuto y Shafia Rashid, New York City, 2005.

Freyermuth, Graciela, 2003. *Las mujeres de humo. Morir en Chenalhó. Género, etnia y generación, factores constitutivos del riesgo durante la maternidad*, CIESAS, Porrúa, México.

Freyermuth, Graciela, coord. *Maternidad Peligrosa. Evaluación de la Urgencia Obstétrica de Emergencia en los Altos de Chiapas*, CIESAS, INDESOL y Foro Nacional de Mujeres y Políticas de Población, San Cristóbal de Las Casas,

García, Brígida (Coordinadora), (1999), *Mujer, género y población en México*, El Colegio de México, 1ª edición.

Henriquez, Edmundo, 1992, *Los métodos censales ante la organización política de los grupos indígenas de los Altos de Chiapas*, Tesis para obtener el título de Licenciado en etnología en la ENAH, San Cristóbal de Las Casas, México.

Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI) (2000), XII Censo General de Población y Vivienda 2000, México.

Instituto de Salud de Chiapas, *Mortalidad Materna. Perfil epidemiológico*, Vida Mejor, Arranque Parejo en la Vida, 2004.

Langer, Ana et al., 1992, *Mortalidad materna en áreas rurales de Morelos*, Instituto Nacional de Salud Pública, Centro de Investigaciones en Salud Pública, Cuernavaca, México.

Maine, Deborah, 1992, [Traducido del original de 1991], *Programas de Reducción de la Mortalidad Materna: Opciones y Planteamientos*, New York, Center of Population and Family Health School of Public Health Faculty of Medicine Columbia University, pp. 1-59

Manuell Lee, Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), *Sub y sobre utilización de prácticas médicas*,

Diálogo de Expertos en Salud Materna y Perinatal, organizado por Arranque Parejo en la Vida y Population Council, 3-5 de abril 2005.

Naciones Unidas, México: Gobierno de la República, *Los Objetivos de Desarrollo del Milenio en México: Informe de Avances 2005*. México. 2005.

OMS, Informe sobre la Salud en el Mundo 2005. *Cada madre y cada niño contarán*, OMS, Francia, 2005.

OMS, FNUAP, UNICEF, Banco Mundial, IMPAC, *Manejo de las complicaciones del embarazo y el parto. Guía para obstetras y médicos* WHO/RHR/00.7, 2002.

OMS, *Nuevo Modelo de Control Prenatal de la OMS*, Grupo de Investigación del estudio de Control Prenatal de la OMS, 2003, Ginebra Suiza.

Secretaría de Salud, Dirección de Salud Reproductiva, *Arranque Parejo en la Vida, Municipios Prioritarios en el Programa APV 2003*, en Programas SSA, 2002.

Secretaría de Salud, *Programa de Acción*, Arranque Parejo en la Vida, 2002, México.

Secretaría de Salud, Comité Nacional de Seguridad en Salud Comando Federal, *Diagnóstico situacional e intervenciones para la mejora de servicios, Jurisdicciones y Hospitales de Comitán y San Cristóbal de Las Casas*, enero 23, 2004.

Secretaría de Salud, *Comité Nacional APV*, Informe 2003.

Secretaría de Salud, *Informe de Actividades de la Unidad Médica, primer y segundo nivel de atención*, Sistema de Información en Salud para la Población Abierta (SISPA), Chiapas, 2002 y 2003.

Sibley L. Sipe T. A. *What can a meta-analysis tell us about traditional birth attendant training and pregnancy outcomes?*, *Midwifery* (2004) 20, 51-60.

Sibley L. Sipe T. A. Koblinsky M. *Does traditional birth attendant training improve referral of women with obstetric complications: a review of the evidence.* *Social Science & medicine* 59, 2004, 1757-1768.

Troncoso, Erika, 2001, *Comportamiento reproductivo en grupos étnicos mexicanos. Una aproximación desde la demografía antropológica*, Tesis para obtener el grado de Maestra en población, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, México.

UNFPA, *Maternal Mortality Update 2002. A focus on emergency obstetric care*, New York, 2003.

Velasco, Vitelio, *Atención Prenatal con Enfoque de Riesgo*, Instituto Mexicano del Seguro Social, Dirección de Prestaciones Médicas Unidad de Salud Pública

Coordinación de Salud Reproductiva, Diálogo de Expertos en Salud Materna y Perinatal, organizado por Arranque Parejo en la Vida y Population Council, 3-5 de abril 2005

(WHO) World Health Organization, *Making pregnancy Safer: the critical role of the skilled attendant*, Department of reproductive Health and Research, 2004a, Geneve.

(WHO) World Health Organization, *Global Action for Skilled Attendants for Pregnant Women*, Family and Community Health, Department of reproductive Health and Research, 2004b, Geneve.