

## El 77 % de muertes maternas en México se producen entre mujeres indígenas de Chiapas

**Por: Yessica Morales. 30/01/2023**

Brindar acceso a los servicios de salud para las poblaciones vulnerables es una prioridad en el plan de cobertura sanitaria universal (CSU); dieron a conocer las investigadoras Clara Juárez Ramírez, Alma Saucedo Valenzuela, Aremis Villalobos, y el investigador Gustavo Nigenda.

En México, enfatizaron que el 77 por ciento de las muertes maternas se producen entre mujeres indígenas de Chiapas. Pues, existen diversos factores: barreras culturales, que dificultan el acceso de las poblaciones indígenas a los servicios de atención de salud.

Para su investigación, seleccionaron dos estados mexicanos como centros de intervención para dos modelos diferentes de atención obstétrica. Es decir, comunidades rurales e indígenas en Oaxaca para el modelo estándar (gobierno) de atención y se implementó un modelo de atención de una Organización No Gubernamental (ONG) en Chiapas.

Así pues, explicaron que el modelo estándar de atención, presta servicios de atención primaria de salud a través de los centros de salud comunitarios. La cantidad y el tipo de profesionales dependen de la población de cada localidad.

Dicho modelo, también incluye dispensarios de salud, un centro médico dirigido por agentes de salud comunitarios y unidades médicas móviles. En la comunidad, trabajadoras y trabajadores sanitarios, parteras y brigadas especiales del proyecto identifican a las embarazadas para que asistan a las consultas prenatales.

Mientras tanto, el modelo de la ONG implementado por Compañeros en Salud, es una iniciativa público-privada que brinda servicios en unidades públicas, en los cuales se incluye voluntarias de la comunidad que acompañan a las madres para apoyarlas y un comité de salud materna responde ante emergencias obstétricas.

Así mismo, brinda servicios ambulatorios, medicamentos y personal capacitado para

supervisar los aspectos técnicos de la atención. En ambos modelos, las mujeres deben pagar para viajar unos 30 a 70 kilómetros, con el fin de acceder a un nivel de atención secundario (hospitales). En casos de emergencias obstétricas, los hospitales proporcionan ambulancias si hay disponibles.

En ese sentido, el modelo estándar, 15 por ciento de las mujeres no comienzan la atención prenatal durante el primer trimestre del embarazo y el 28 por ciento registra complicaciones durante el embarazo.

Las mujeres no buscaron atención a tiempo debido a las barreras económicas, lingüísticas y culturales, y no lograron tomar decisiones por su cuenta, agregaron las y el investigador.

En el modelo de la ONG, el 98 por ciento de las mujeres empezó la atención prenatal durante el primer trimestre y el 29 por ciento tuvo partos gestionados en el hogar junto a parteras, acompañantes de salud y enfermeras obstétricas.

La principal diferencia entre los dos modelos, es que el de la ONG adopta un enfoque centrado en los derechos, que resalta la libertad de elección y permite que las mujeres elijan la posición durante el trabajo y lugar del parto.

Las mujeres valoraron la libertad de elegir, sintieron que contaban con información adecuada y podían tomar decisiones informadas sobre otros servicios de salud sexual y reproductiva (SSR), como la planificación familiar, subrayaron Juárez Ramírez, Saucedo Valenzuela, Villalobos y Nigenda.

Aunado a ello, señalaron que el personal de salud informó la falta de equipos tanto en el modelo de la ONG como en el del gobierno, y las mujeres en general percibieron que el primer modelo era mejor.

El tiempo de viaje a un nivel secundario de atención era similar en ambos modelos. Sin embargo, en el modelo de la ONG, hubo acompañantes que apoyaron el proceso.

Por otro lado, el porcentaje de maltrato informado fue superior en el modelo estándar (28 %) que en el de la ONG (15 %). Ambos brindan un lugar en el que las mujeres y familias pueden esperar durante el parto.

Al igual, en el modelo de la ONG, se ofrece alojamiento a las y los acompañantes,

mientras que en el estándar solo ofrecen a las mujeres de comunidades remotas y no es suficiente.

Ante lo expuesto, él y las investigadoras resaltaron los logros de ambos modelos, el de la ONG ofrece a las mujeres la libertad de elegir el tipo de proveedor, centro y parto que prefieren, lo cual se traduce en mejores desenlaces de salud sexual y reproductiva, entre ellas las decisiones de planificación familiar.

En este modelo, los acompañantes de salud apoyan a las mujeres mediante el asesoramiento y la asistencia con las derivaciones, y las mujeres lo perciben como una mejor experiencia.

El modelo respetuoso de parto permite que las mujeres tomen decisiones durante todo el proceso del embarazo, parto y posparto, y promueve prácticas alternativas al modelo tradicional de atención, en función de la evidencia científica, expusieron Juárez Ramírez, Saucedo Valenzuela, Villalobos y Nigenda.

[LEER EL ARTÍCULO ORIGINAL PUSANDO AQUÍ](#)

Fotografía: voces feministas

**Fecha de creación**

2023/01/30