

La contribución de la violencia a la mortalidad materna en Morelos, México

Lourdes Campero MEd,⁽¹⁾ Dilys Walker MD,⁽¹⁾ Bernardo Hernández DSc,⁽¹⁾
Henry Espinoza MSc,⁽²⁾ Sofía Reynoso TS,⁽³⁾ Ana Langer MD.⁽⁴⁾

Campero L, Walker D, Hernández B, Espinoza H, Reynoso S, Langer A.
La contribución de la violencia a la mortalidad materna en Morelos, México.
Salud Publica Mex 2006;48 suppl 2:S297-S306.

Campero L, Walker D, Hernández B, Espinoza H, Reynoso S, Langer A.
The contribution of violence to maternal mortality in Morelos, Mexico.
Salud Publica Mex 2006;48 suppl 2:S297-S306.

Resumen

Objetivo. Documentar el subregistro de muertes violentas relacionadas con el embarazo y la importancia de considerar, dentro de la definición de mortalidad materna, aquellas muertes producidas también por causas relacionadas con violencia. **Material y métodos.** El estudio se realizó en el estado de Morelos, a partir de 394 certificados de defunción de mujeres entre 12 y 49 años de edad que murieron a lo largo del año 2001. Con base en una lista de diagnósticos de los certificados de defunción, se excluyeron 167 casos que, por las causas de muerte determinadas en el certificado de defunción, no se consideraron que podrían haber sido muertes maternas ni muertes violentas. Posteriormente se realizó el análisis de los 227 certificados restantes a través de la revisión de expedientes clínicos y/o autopsias verbales. **Resultados.** Se encontraron 51 muertes violentas. Las estadísticas oficiales señalan que en 2001 hubo 18 muertes maternas, mientras que este estudio identificó 23 muertes maternas directas más cuatro muertes violentas durante el embarazo y el posparto. Es decir, se encontró que el evento reproductivo fue el factor que desencadenó el homicidio o suicidio de cuatro mujeres. Excepto en un caso, este hecho no está señalado ni relacionado en los registros oficiales. **Conclusiones.** Se recomienda la inclusión de la violencia relacionada con la reproducción en

Abstract

Objective. To document the under-registration of violent deaths related to pregnancy and the importance of considering these violent deaths within the definition of maternal mortality. **Material and Methods.** The study was carried out in the state of Morelos, based on the review of all death certificates (394) of reproductive aged women (12-49 years) who died during 2001. Based on a list of diagnostic criteria we eliminated 167 certificates that were neither violent deaths nor maternal deaths. The remaining 227 certificates were further evaluated through verbal autopsy and/or review of medical charts. **Results.** Fifty-one violent deaths were found. Eighteen maternal deaths were officially reported in 2001, however, our study identified 23 direct maternal deaths and four violent deaths during pregnancy and the post-partum period. We found that this reproductive event was the direct trigger for the homicide or suicide of these four women, and only one of these cases was documented officially. **Conclusions.** Violent deaths related to pregnancy should be included in official maternal mortality statistics as indirect causes of maternal deaths. This would allow for a greater and more accurate understanding of violent maternal deaths and guide appropriate prevention and care policies, programs and services. Verbal autopsy is a useful technique for identifying cases of violent maternal deaths.

(1) Instituto Nacional de Salud Pública, México.

(2) Pan American Health Organization / Gender & Health Unit. 525 23rd Street NW, Washington DC 20037, USA.

(3) Dirección General de Salud Reproductiva, Secretaría de Salud, México.

(4) Population Council, Oficina Regional para América Latina y el Caribe, Panzacola No. 62. Interior 102 Col. Coyoacán, México, DF 04000, México.

Fecha de recibido: 26 de agosto de 2004 • **Fecha de aprobado:** 28 de julio de 2005

Solicitud de sobretiros: Dilys Walker, Instituto Nacional de Salud Pública, Centro de Investigaciones en Salud Poblacional, Dirección de Salud Reproductiva. Av. Universidad No. 655 Col Sta. María Ahuacatlán, 62598 Cuernavaca Morelos, México.
Correo electrónico: dwalker@correo.insp.mx

los registros oficiales de mortalidad materna como una causa indirecta. Esto permitiría profundizar la comprensión de las causas de la mortalidad materna y orientaría la elaboración de políticas, programas y servicios de prevención y atención. La autopsia verbal (AV) es una técnica que ayuda a la identificación de casos de embarazo y muertes maternas violentas.

Palabras clave: muertes maternas; violencia intrafamiliar; autopsias verbales; México

Key words: maternal mortality; intra-family violence; verbal autops; Mexico

En México los problemas en el embarazo, parto y puerperio conformaron la quinta causa de mortalidad en mujeres en edad reproductiva (2003).¹ La mortalidad materna (MM) es un problema importante de salud pública en México, que puede evitarse a través de diferentes estrategias. De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud (ENSA, 2000), 89.2% de las entrevistadas notificaron que sus partos fueron atendidos por médicos.² Sin embargo, la toxemia, sepsis e infecciones puerperales y hemorragias continúan siendo las principales causas de muertes maternas registradas en las estadísticas oficiales.³

A pesar de que un mayor número de partos fueron atendidos por médicos en hospitales, las estadísticas nacionales muestran que no sólo no se ha logrado disminuir la MM en el país, sino que ésta ha ido en aumento en los últimos cinco años. A principios de los años noventa, la razón de MM era 57.2 por 100 000 nacidos vivos y, en 2002, esta razón fue de 63.9 (estimaciones del Consejo Nacional de Población).¹ No obstante, este indicador debe tomarse con cierta cautela, ya que existen estudios que muestran problemas de subregistro o mala clasificación de muertes maternas, señalando un rango de subestimación de la MM que va de 28 hasta 39%.⁴⁻⁵ Por otro lado, es importante mencionar que en 1990 se hicieron modificaciones a la décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10)⁶ y en años recientes se ha realizado un importante esfuerzo en todo el país para promover una mejor documentación de la mortalidad materna.

Las definiciones internacionales de muerte materna influyen en las definiciones utilizadas en México para la clasificación de causas de muerte. La décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) define las muertes maternas como aquellas muertes de mujeres que ocurren durante el embarazo o dentro de los 42 días después de haber terminado éste, independientemente de la duración y lugar del embarazo y que tengan una causa directamente

relacionada o agravada por el embarazo o por su manejo, pero no por una causa accidental.⁶ Las muertes violentas de mujeres embarazadas (sea por homicidio o suicidio) son consideradas accidentes y, por tanto, son excluidas de esta definición. Así, de acuerdo con los lineamientos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la CIE-10, la violencia durante el embarazo o postparto es considerada como una causa relacionada con la muerte materna, pero no indirecta. Aun cuando el embarazo debe registrarse en todos los certificados de defunción (a través de la pregunta 17 del mismo), esto no siempre se refleja en los registros. Particularmente, en el caso de las muertes violentas, es poco común que los embarazos sean identificados, quedando esos fallecimientos clasificados como muertes provocadas por lesiones externas. De acuerdo con la CIE-10, aun cuando en estas muertes pudiera identificarse el embarazo, a través de la pregunta 17, quedan clasificadas como muertes relacionadas con el embarazo.

Por otra parte, la OMS define violencia contra la mujer como cualquier acción o conducta, basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado.⁷ Una de las formas más comunes de la violencia basada en género es la perpetrada por miembros de la familia, particularmente por la pareja sexual.⁸ De acuerdo con las cifras oficiales, se estima que en México la violencia intrafamiliar está presente en 30% de los hogares.⁹ No obstante, se desconoce qué porcentaje de embarazadas sufre violencia y, sobre todo, cuántas de ellas mueren por esta causa. A pesar de que no se cuenta con números exactos en el país, se sabe que el registro de la violencia intrafamiliar contra las mujeres ha ido aumentando de manera importante, sobre todo en países subdesarrollados.⁷ Algunos trabajos han mostrado cómo el embarazo puede ser un factor asociado positiva o negativamente con mayor violencia intrafamiliar.¹⁰⁻¹³ Cuando una mujer es víctima de violencia intrafamiliar, ésta puede llegar

a tener repercusiones sumamente importantes en su salud, siendo el aborto provocado, el homicidio, o el suicidio su última consecuencia.¹⁴

Al no considerarse a la violencia como causa obstétrica indirecta de muerte materna, no se identifica cuál es su dimensión e impacto entre todas las causas. Habitualmente estos fallecimientos se registran sólo como muertes por violencia, pero sin referencia alguna al embarazo o puerperio.

Este artículo tiene como objetivo documentar el subregistro de muertes violentas relacionadas con el embarazo y la importancia de considerar, dentro de la definición de mortalidad materna, aquellas muertes producidas también por causas relacionadas con violencia.

En este trabajo se presentan los hallazgos de un estudio reciente de autopsias verbales cuya intención, entre otras, era identificar las muertes maternas relacionadas con violencia en el estado de Morelos. La descripción integral del estudio se ha publicado anteriormente.¹⁵

La autopsia verbal es una técnica utilizada en otros estudios para la identificación de muertes maternas.¹⁶⁻¹⁷ Esta ha mostrado ser una técnica sensible que permite, a través de un cuestionario cerrado y con algunas preguntas abiertas, la obtención, de manera lógica y puntual, de la historia de la enfermedad o los sucesos que, desde la perspectiva de los familiares o amigos cercanos, llevaron a la muerte.

Después de hacer una revisión de la literatura, no se encontró ningún trabajo previo que, utilizando la técnica de autopsias verbales, haya identificado muertes maternas por homicidios o suicidios. En este sentido, este trabajo se presenta como un pionero en el uso de esta técnica para la identificación de MM violentas.

Material y métodos

Este estudio incluyó todos los certificados de defunción de mujeres entre 12 y 50 años que murieron entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2001 en el estado de Morelos. Se seleccionó este estado por dos razones: porque es uno de los que presenta una razón de MM mayor al promedio nacional (7.5 muertes maternas por 10 000 nacidos vivos, en 2002);¹ y por su conveniencia logística y cercanía con las instituciones involucradas en la realización del estudio.

Obtención de certificados de defunción: Se tomó como criterio de inclusión el hecho de que, al momento de la defunción, las mujeres estuvieran viviendo en alguna localidad del estado y que su muerte hubiera quedado registrada y hubiera ocurrido en el mismo estado (N=394). Esta información se tomó de los mismos certificados de defunción. Los certificados se obtuvieron

a través de la Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud (SSA) y las Jurisdicciones Sanitarias del estado de Morelos. Cada mes se recogían los certificados correspondientes a las defunciones del mes anterior, a lo largo de 2001 y hasta el 31 de marzo de 2002, para cubrir todo posible retraso en el envío de certificados de defunción, desde las instancias de salud locales, a las oficinas de salud estatales en Cuernavaca, Morelos, o a las áreas centrales de la SSA.

Este estudio fue desarrollado por el Instituto Nacional de Salud Pública y el Population Council, Oficina Regional para América Latina y el Caribe, en colaboración con la Secretaría de Salud del Estado de Morelos y la Dirección General de Epidemiología de la SSA. Previamente a su inicio, lo aprobaron las comisiones de investigación, bioseguridad y ética del Instituto Nacional de Salud Pública.

El procedimiento que se llevó a cabo para el levantamiento y análisis de la información, se organizó en seis puntos que a continuación se presentan:

Clasificación de certificados de defunción: Una vez que se obtenían los certificados, dos médicos del equipo de investigadores los clasificaban de acuerdo con una lista de causas posiblemente relacionadas con muertes maternas que incluía diagnósticos asociados con complicaciones del aborto, hemorragias, anemia, sepsis, enfermedades cardíacas, hipertensión, problemas renales, etcétera. Por otro lado, cualquier certificado que tuviera en la pregunta 17 una respuesta positiva (17.1 la persona fallecida estaba embarazada; 17.2 recientemente embarazada en el momento de la muerte) se incluyó automáticamente en el análisis de este estudio. Todos estos certificados fueron agrupados ya sea como "MM por confirmar" o como "posibles MM" (en el apartado de resultados se explican detalladamente estos dos grupos).

En un tercer grupo se clasificaron aquellos certificados de muertes violentas; éstos fueron identificados por la explicación anotada en el diagnóstico del certificado (congestión visceral generalizada, intoxicación aguda, asfixia por sofocación, hemorragia consecutiva por proyectil de arma de fuego, traumatismo craneoencefálico, entre otras) o por tener una respuesta positiva en la pregunta 18 del certificado de defunción (donde se registra si la muerte fue un homicidio, un suicidio, un accidente, o se ignora cómo ocurrió). Todos los certificados con muertes debidas a heridas externas fueron incluidos en la siguiente fase de análisis como "muertes violentas". Se excluyeron del estudio todos los accidentes automovilísticos.

Capacitación del equipo de entrevistadores: Se dio una capacitación formal sobre el manejo de la técnica de

autopsia verbal y muertes maternas a tres entrevistadores, antes y durante el levantamiento de la información. Para determinar si se trataba de una muerte materna, se mantuvo estrecho seguimiento de cada uno de los casos en los que se realizó una autopsia verbal. El equipo coordinador revisaba cada caso y se decidía si había necesidad de levantar una segunda autopsia o si se requería hacer una revisión de expediente clínico con base en la información existente. Se ofrecieron algunas sesiones de apoyo emocional al equipo de entrevistadores, a fin de revisar con ellas sus reacciones ante algunos de los casos que las impactaron de manera particular, sobre todo las muertes violentas. El apoyo psicológico y otros aspectos relacionados con la seguridad y la confidencialidad se establecieron de acuerdo con las recomendaciones de la OMS para la realización de estudios sobre violencia.¹⁸

Revisión de expedientes clínicos: Para aquellos casos donde el certificado de defunción señalaba que la muerte había ocurrido en un hospital, se realizó una revisión del expediente clínico. Cuando después de esta revisión, aún existía duda de si la mujer estaba embarazada, se programaba una autopsia verbal. En el caso de muertes violentas, a todas se les hizo una autopsia verbal, aun en los casos en los que previamente se había realizado la revisión del expediente clínico.

Revisión de necropsias: Cuando se realizó el estudio piloto de este trabajo se observó que, aun cuando las necropsias son un requisito para las muertes por homicidio y suicidio, los informes que se generan como documento oficial no siempre son accesibles y, además, no todos cuentan con información suficiente y detallada para poder descartar con certeza la presencia de un embarazo en el momento de la muerte. Debido a lo anterior, los informes de las necropsias se revisaron exclusivamente en casos especiales para tener una fuente de información adicional.

Autopsia verbal: Se programó una autopsia verbal en tres posibles situaciones: a) las muertes violentas; b) las muertes maternas según certificados de defunción; y c) los casos que requerían más información para identificar con claridad si había sido o no una muerte materna.

Las autopsias verbales se llevaron a cabo en la casa de uno o más familiares o amigos cercanos a la fallecida. Para localizar el domicilio se utilizó la dirección registrada en el certificado de defunción. Los informantes en las autopsias verbales fueron la pareja, la madre, el padre, la hermana/hermano o conocido de la mujer fallecida. En el caso de las muertes violentas se buscó que el informante fuera una persona cercana,

pero que no fuera su pareja. Se estableció contacto con los familiares entre los dos y cuatro meses posteriores al fallecimiento. Previamente consentimiento informado, se aplicó el cuestionario de autopsia verbal que estaba organizado de tal manera que permitía, a través de preguntas filtro, discriminar si la mujer había estado embarazada en el momento o poco antes de su muerte, para determinar posteriormente si se había tratado de una muerte materna. La información sobre el embarazo se obtenía a través de preguntas directas e indirectas, ante la posibilidad de que los familiares no quisieran proporcionar información al respecto, especialmente en el caso de embarazos no deseados, embarazos de adolescentes, embarazos extramaritales, etcétera. Cuando en las respuestas a las preguntas indirectas y/o directas no se hacía referencia alguna a un embarazo, se daba fin a la entrevista.

Cabe mencionar que el cuestionario comprendía también un apartado específico de preguntas relacionadas con violencia. Cuando se trataba de una muerte violenta o había sospecha de un embarazo o una muerte materna, el cuestionario se continuaba hasta el final. El cuestionario se elaboró empleando como punto de partida otros instrumentos previamente desarrollados, relacionados con autopsia verbal y violencia familiar.^{14,19,20}

En los casos en que en la autopsia verbal se mencionaba la existencia de una pareja, se buscaba información sobre la calidad de la relación; por ejemplo, se preguntaba, entre otros aspectos, desde cuándo estaban juntos, cómo se llevaban, si discutían frecuentemente y se indagaba si había existido violencia física, sexual y/o emocional. Por último, se preguntaba sobre consumo de alcohol y/o drogas, por parte de la pareja y la mujer fallecida. En el caso de que las mujeres hubiesen vivido con su familia de origen, estas preguntas se dirigían a su relación con el novio o parejas ocasionales, y también a la relación con el padre, hermanos y/o padrastro de la fallecida. Si al terminar la autopsia verbal el entrevistador o la entrevistadora seguía con dudas sobre alguno de los puntos críticos de la entrevista (existencia de pareja, características de la relación, posibilidad de un embarazo, posible muerte violenta, entre otros), se buscaba a algún otro familiar o amigo para realizar una segunda entrevista de autopsia verbal y obtener más información.

Análisis: Las muertes identificadas por el estudio como maternas se compararon con las estadísticas oficiales proporcionadas por la Dirección General de Epidemiología para el estado de Morelos en el mismo año (2001). Estas se clasificaron en tres categorías: a) muertes ma-

ternas por causas obstétricas directas o indirectas; b) muertes maternas violentas durante el embarazo y hasta los 42 días después del parto; y c) muertes violentas que sucedieron después de los 42 días y hasta los 12 meses después del embarazo.

Las enfermedades preexistentes al embarazo, que se agravan a consecuencia del mismo, se consideran causas obstétricas indirectas de muerte materna.⁶ Con esta misma lógica, en este estudio se revisaron cuidadosamente los casos de muerte violentas para determinar si el embarazo había originado o agravado una situación de violencia intrafamiliar, pudiendo ser ésta una causa indirecta de muerte materna.

Antes de iniciar el estudio, se contemplaron las repercusiones legales relacionadas con la conducción de las autopsias verbales con potenciales informantes que pudieran dar a conocer información sobre homicidios. Por tanto, en la carta de consentimiento informado se explicaba claramente el objetivo de estudio, el manejo anónimo de la información y la confidencialidad de los datos.

Resultados

Se analizaron las causas de muerte de 394 certificados y se determinó excluir 167 casos por considerarse muertes definitivamente no maternas y no violentas (en este grupo quedaron incluidas, entre otras, aquellas muertes ocasionadas claramente por accidentes, en su mayoría automovilísticos. Los 227 certificados de defunción restantes se clasificaron en tres grupos (Figura 1):

1. Como “muertes maternas directas por confirmar” se clasificaron 18 casos. En la mayoría, el certificado de defunción señalaba que habían sido muertes maternas y esto era a través del diagnóstico o porque existía alguna indicación en la pregunta 17 en la cual se hacía un señalamiento de que la muerte había sido materna. Sin embargo, en 59% de los certificados de “muertes maternas directas por confirmar”, la pregunta 17 del certificado se encontraba sin responder. Este estudio decidió incorporar estas 18 muertes como parte de las autop-

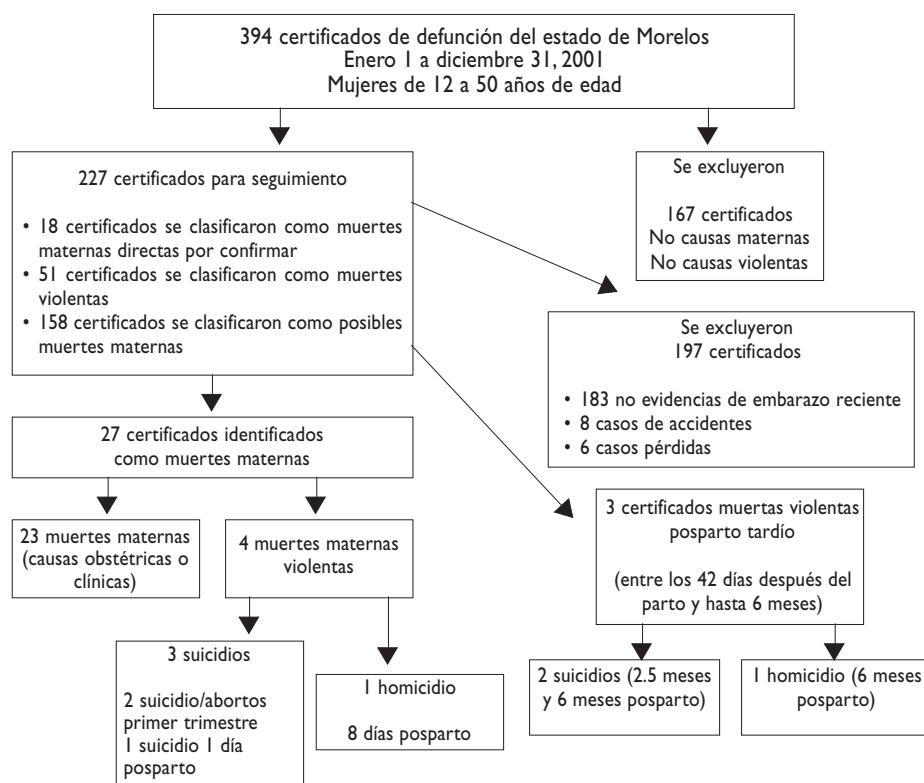


FIGURA 1. CLASIFICACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LOS CERTIFICADOS DE DEFUNCIÓN

- sias, ya que interesaba confirmar la causa de muerte y a la vez descartar que no hubiera algún acto de violencia relacionado con este evento.
2. 51 casos registrados en los certificados como muertes por causas violentas. Sólo en uno de estos certificados había un señalamiento en la pregunta 17 de que la mujer había estado embarazada recientemente.
 3. Clasificados como "posibles muertes maternas" hubo 158 casos en los cuales ni por la causa de muerte, ni por la pregunta 17, se podía descartar el que no hubiera habido un embarazo o un parto recientemente. Estos casos fueron etiquetados así hasta que no se mostrara lo contrario.

Una vez clasificados los 227 certificados, se pasó a la siguiente etapa del estudio, que consistió en un seguimiento detallado para confirmar o descartar si se había tratado de muertes maternas y si éstas habían sido muertes violentas. Este seguimiento se realizó a través de la revisión de expedientes clínicos (59 casos), algunos informes forenses (10 casos) y/o autopsias verbales (168 casos). En 15% de los casos, se hicieron dos de estos seguimientos. Cabe mencionar que fue difícil el acceso a los informes forenses y que, cuando se logró, proporcionaron poca información. En su mayoría estos informes se limitaron a una descripción general del estado de los órganos reproductores, lo cual era insuficiente para determinar con seguridad la existencia o no de un embarazo. La revisión de expedientes clínicos y la realización de autopsias verbales fueron las estrategias más utilizadas para el seguimiento de los casos.

De los 227 casos en que se hizo seguimiento, 27 se identificaron como "muertes maternas" (23 MM directas e indirectas y cuatro MM violentas); tres como "muertes violentas en el posparto tardío" (entre 42 días y un año posparto) y 197 casos quedaron excluidos de la siguiente manera: a) 183 casos donde se descartó la posibilidad de un embarazo en el momento de la muerte o por no haber ocurrido ésta dentro de los 42 días después de un nacimiento; b) ocho casos de violencia, que al indagarse con precisión se determinó que fueron también accidentes (como se le cayó un árbol, se desbarrancó, etc) y c) seis casos porque no fue posible encontrar información sobre las circunstancias asociadas con la muerte, ni en el hospital ni en el domicilio notificado (figura 1).

De las 27 MM identificadas en este estudio (incluyendo las violentas), las estadísticas oficiales sólo tenían registradas 18, es decir, nueve casos menos que los que este estudio identificó. De este subregistro de casos, cinco fueron muertes maternas directas, encon-

trados entre los 158 casos señalados como "posibles muertes maternas" y cuatro casos más fueron encontrados entre los 43 casos identificados como "muertes violentas". El subregistro total y en particular la descripción específica de las cinco muertes maternas directas ha sido discutido en otro artículo.¹⁵

Cabe mencionar que de los 43 casos restantes como "muertes violentas", 47% fueron suicidios y 53% homicidios. En 88% de los certificados de "muertes violentas", la pregunta 17 se encontraba sin responder. Asimismo se identificaron actos violentos presentes en las vidas de seis de las 23 mujeres con MM directas.

A continuación se discutirá únicamente lo referente a las cuatro muertes maternas violentas no consideradas en el conteo oficial de muertes maternas.

Si se tomaran en cuenta estas muertes violentas en las estadísticas de muertes maternas, éstas representarían 14.8% del total en un año en el estado de Morelos, ocupando el tercer lugar entre las causas de muerte materna. Las hemorragias ocupan el primer lugar (33.3%) y la hipertensión asociada con el embarazo (incluyendo la preclampsia-eclampsia) el segundo (29.6%). Por otro lado, del total de 43 muertes violentas ocurridas por homicidios o suicidios en un año en el estado, 9.3% ocurrieron en mujeres embarazadas o púérperas.

A través de las autopsias verbales se logró hacer el seguimiento particular de cada situación, y en estos cuatro casos de muertes maternas violentas se encontraron evidencias que permiten suponer que la condición de embarazada fue el factor desencadenante o agravante de los sucesos que llevaron a la muerte.

En el cuadro I se presenta la información más importante obtenida a través de las autopsias verbales de estos cuatro casos de muertes maternas violentas, dos de las cuales ocurrieron durante el embarazo y dos más en el posparto; sólo en el caso tres, en el certificado de defunción se indicaba de manera adecuada que la mujer sí había estado embarazada recientemente.

Al revisar las características de las mujeres de cada uno de estos casos, llama la atención su edad, que en promedio fue menor (19.7 años) que la de todas las mujeres que murieron por causas violentas (27 años; 24 años para casos de suicidio y 30 para homicidios). Estas muertes ocurrieron tanto en comunidades urbanas como rurales. Las mujeres tenían escolaridad de primaria y/o secundaria y se dedicaban al hogar. En todos los casos se identifica al embarazo como un evento no planeado.

En los cuatro casos se identifica la existencia de violencia intrafamiliar y el agravamiento en la dinámica familiar que resultó del embarazo.

Ahora bien, además de las cuatro muertes maternas violentas previamente descritas, este estudio tam-

Cuadro I
DESCRIPCIÓN DE MUERTES MATERNAS-VIOLENTAS. RESULTADOS DE AUTOPSIAS VERBALES

	Casos de mujeres embarazadas		Casos de postparto inmediato 42 días	
	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4
Informante	Tía	- Madre (no entendía la causa de muerte) - Amiga (refirió al amigo como alguien que sabía más información) - Amigo (dio información clave)	Padre	Hermana
Dx en el certificado de defunción	Suicidio Intoxicación-envenenamiento	Suicidio Intoxicación-ingesta de plaguicida	Homicidio (perpetrado por esposo) Choque hipovolémico, hemorragia interna y externa consecutiva por herida de proyectil de arma de fuego penetrante de tórax	Suicidio Congestión visceral generalizada por paro coardiorespiratorio consecutivo a intoxicación aguda por sustancia química
Certificado de defunción Embarazo, pregunta. 17	Sin respuesta	Sin respuesta	Si embarazo reciente	Sin respuesta
Lugar de fallecimiento	Hogar	Hospital	Hospital	Hospital
Edad mujer	21 años	20 años	22 años	16 años
Tipo de localidad*	Rural	Rural	Urbano	Semiurbano
Estado civil	Soltera-con novio	Soltera-con novio	Casada	Unión libre
Escolaridad	Secundaria	Primaria	Secundaria	Secundaria
Ocupación	Doméstica	Doméstica	Doméstica	Doméstica
Con quién vivía	- Madre, padrastro y hermana	- Padre, madre, hermanos	-Esposo, hijos	- Novio
Situación reproductiva	- No usaba anticonceptivos - 1er. trimestre del embarazo	- Recientemente había preguntado al amigo por algún método de PF - 1er. trimestre del embarazo	-8 días en el puerperio	- 1 día poscesárea -Obito
Embarazo planeado	- Embarazo no planeado - Embarazo no deseado	- Embarazo no planeado - Embarazo no deseado	-Embarazo no planeado -Deseo dudoso	- Embarazo no planeado - Deseo de embarazo
Paridad	- Nulípara	- Nulípara	-Multipara (dos hijos)	- Nulípara
Antecedentes de violencia en la familia	- El padrastro abusó sexualmente de ella y hermana. - Su madre la golpeaba. - Habían matado a su padre. - Hermana anteriormente había tratado de suicidarse.	- Ella se había ido a vivir con el novio. El padre la fue a buscar hizo que regresara a su casa paterna. Se comenta que desde entonces, su padre tuvo un mayor control sobre ella: "No la dejaba salir de la casa"	-Ella y su pareja discutían mucho -El la agredía verbalmente. -El papá de la fallecida dice que el esposo "quería deshacerse de ella, le estorbaba porque quería irse con otra mujer" -La ex esposa de su pareja siempre decía que el era: "muy malvado" -El día en que ella murió, ambos habían tenido una fuerte discusión	- Su padre y su abuelo con quienes vivía antes de embarzarse, ejercían violencia física sobre ella
Otros datos de interés	- Ella ya había dicho que se quería morir	- Días antes de su muerte, se la veía muy preocupada	-Este era el 3er. matrimonio de él -Ahora está en la cárcel pero él argumenta que fue un accidente -Mujer deja dos hijos huérfanos	- Al enterarse que su bebé había muerto, la madre se deprimió terriblemente
Adicciones	- Padrastro: toma y se droga - Ella fumaba marihuana y a veces tomaba	- Ella algunas veces usaba drogas		
Conclusión	La intoxicación-suicidio es visto por la mujer como la única solución para resolver su embarazo	La intoxicación-suicidio es visto por la mujer como la única solución para resolver su embarazo	La situación de violencia se agrava en el posparto terminando en un homicidio	Depresión-desesperación al saber del óbito, ya que le hace sentir a la mujer que tiene que regresar a una situación familiar no deseada

* El tipo de localidad está definido de acuerdo con el domicilio y localización geográfica clasificada por el último censo (INEGI)

bién identificó tres casos de mujeres que habían muerto entre los 42 días y los 12 meses posteriores al parto y éstas fueron también muertes violentas. Estos casos quedaron separados y clasificados como “muertas violentas en el posparto tardío”. Estos fueron dos suicidios (dos meses y medio y seis meses posparto) y un homicidio perpetrado por la pareja de la mujer (seis meses posparto) (figura 1). Si bien estas muertes ocurrieron después de los 42 días posparto, por lo que no pueden incluirse en las estadísticas oficiales de MM, estos casos ofrecen “evidencia adicional” de la asociación entre violencia y maternidad. Se trató, asimismo, de mujeres jóvenes, casadas o en unión libre, y para dos de ellas la violencia también era un evento cotidiano. Según los informantes, el haber quedado embarazada o haber tenido un hijo recientemente, fue un evento que favoreció el suicidio u homicidio.

Por último, vale la pena destacar el impacto que tienen estas siete muertes de mujeres (cuatro MM violentas y tres muertes violentas posparto tardío) sobre la familia, ya que, al fallecer, dejan a siete huérfanos

Discusión

Este estudio contribuye a la argumentación nacional e internacional sobre la importancia de considerar las muertes violentas de embarazadas o púerperas como muertes maternas, particularmente si la violencia está relacionada con la condición de género.

El homicidio o el suicidio son actos de extrema violencia. En este estudio, estos actos parecen ser el último eslabón de una serie de episodios de violencia perpetrados por las parejas u otros familiares de las mujeres fallecidas. La violencia intrafamiliar como problema de salud (o condición de no salud) no corresponde epistemológicamente (o semánticamente) hablando a una condición fisiopatológica de enfermedad, sino a una condición social. Sin embargo, si el embarazo desata o agrava la violencia intrafamiliar, y subsecuentemente se llega a la muerte, correspondería considerarla, al menos teóricamente, como una causa de muerte obstétrica indirecta.^{21,6} Esta situación es diferente a la de otros tipos de accidentes que no podrían considerarse causas de muerte materna de ningún tipo. En el presente estudio, el embarazo parece haber contribuido directamente a llevar a estas mujeres a la muerte. A pesar de la información generada por la autopsia verbal que apoyaría una “relación causal” entre violencia intrafamiliar y muerte materna, estos casos no aparecen como tales en las estadísticas oficiales, sino únicamente como muertes violentas.

El análisis de estos casos destaca la urgencia de reflexionar sobre las consecuencias de los embarazos

no deseados y no planeados. Esto es aún más importante en sociedades donde un embarazo no deseado o fuera del matrimonio está estigmatizado, donde los programas de anticoncepción no son accesibles para todas las mujeres (sobre todo para las jóvenes de zonas rurales), donde el aborto está legalmente restringido, y donde las diferencias de poder en la pareja o la inequidad de género son muy marcadas.^{22,23}

Los dos suicidios relacionados con embarazos no deseados se presentaron cuando las mujeres no visualizaban otra salida. En ambos casos, fue imposible determinar si en realidad las mujeres querían suicidarse o sólo terminar con su embarazo. No obstante, independientemente de su intención, es indudable la desesperación de estas mujeres ante un embarazo no deseado y la falta de apoyo por parte de su pareja, la familia y la sociedad para encontrar una solución. En otros estudios también se ha notificado esta relación entre suicidio y embarazo no deseado, y sobre todo cuando esto sucede en la adolescencia.^{24,25}

Por las historias que los familiares narran, en los casos de homicidio se reconoce una gran desigualdad de poder en la pareja. Este desequilibrio es parte de un patrón general del cual la violencia intrafamiliar es una clara manifestación. La importancia de este fenómeno se ha documentado en la Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres 2003 (ENVIM 2003) en la que, por ejemplo, se encontró que 9.8% de las mujeres en México sufren violencia física y 7% violencia sexual. En el caso de Morelos, 12.4% de mujeres han sufrido algún tipo de violencia con su pareja actual.²⁶

En general, la violencia intrafamiliar contra las mujeres tiene su origen en factores sociales y culturales que expresan primordialmente una desigualdad de género. La pobreza, la falta de acceso a la información, los servicios y apoyos sociales, incrementan esta desigualdad y, por tanto, el riesgo de violencia intrafamiliar.²⁷⁻²⁹ En este estudio se observó que el embarazo puede agravar la situación. Los casos de suicidio y homicidio que aquí se comentaron, hacen evidente la necesidad de reconocer que los factores sociales, culturales y emocionales que rodean la vida de las mujeres, cuando están embarazadas y durante el posparto, son tan significativos como los problemas obstétricos o clínicos en la determinación del resultado de un embarazo y la vida futura de la mujer.^{12,24}

Como ya se mencionó, la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS CIE-10)⁶ es la internacionalmente aceptada para el registro y análisis de las muertes maternas. Una segunda definición, también difundida pero con menor impacto internacional, es la del Centro de Control y Prevención de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos de América. Esta

última reconoce dos categorías: muertes asociadas al embarazo y muertes relacionadas con el mismo. La primera se refiere a todas las muertes de mujeres, durante el embarazo o los 365 días posteriores al término de éste, independientemente de la causa, duración y lugar de la gestación. La segunda incluye las muertes causadas por factores directos o indirectos, así como aquellos en los cuales, la cadena de eventos inicia con el embarazo, hasta los siguientes 365 días después del término del mismo. El homicidio o suicidio que resulte de un embarazo, está considerado dentro de esta definición, existiendo un apartado para muertes violentas relacionadas con la gestación.³⁰ Aunque estas definiciones ayudan a percibir con mayor claridad las muertes de embarazadas por violencia en general, no son explícitas respecto a la causalidad o, en otras palabras, al hecho de que el embarazo haya sido el factor detonante o agravante de la violencia. Se plantea aquí la necesidad de considerar las muertes violentas durante el embarazo y los 42 días posparto como muertes maternas indirectas según la definición de CIE-10, en vez de identificarlas restringidamente como muertes relacionadas con embarazo. Esta propuesta se basa en los hallazgos de este estudio y el de otros autores que han explorado la asociación de la muerte materna con la violencia doméstica.^{12,24,27,31,32}

La inclusión de la violencia intrafamiliar como una causa obstétrica *indirecta* permitiría ampliar y perfeccionar el registro y comprensión de las muertes maternas. No obstante, eso plantea varios retos metodológicos y logísticos, entre ellos el de identificar a las embarazadas dentro del grupo de muertes violentas. Se considera que los informes forenses y los expedientes clínicos podrían ser un primer paso en la identificación de estos casos. Desafortunadamente, en este estudio estas fuentes de información parecieron poco útiles. El llenado del certificado representa otro reto. Es importante mencionar el gran beneficio que se obtendría si se lograra aumentar la sensibilidad de las personas responsables del llenado de certificados sobre la importancia del registro correcto y sistemático de la pregunta 17, que hace referencia a la condición de embarazo o posparto de la mujer antes del fallecimiento.

Asimismo, identificar y reconocer en las estadísticas oficiales las circunstancias sociales como posibles causas de muerte materna, abre la posibilidad de establecer políticas, programas y servicios de prevención y atención que contemplen esta dimensión del problema. La violencia intrafamiliar es un problema que afecta a la salud y la vida de las mujeres y debe identificarse en los servicios de atención prenatal y posnatal.^{32,33}

El estudio de las muertes maternas por violencia es complejo. Por un lado, no es fácil identificar, en las

muertes violentas, la evidencia de embarazo, ya que se tiende a ocultarlo, más aún cuando se trata de adolescentes, de embarazos no deseados o si se intentó interrumpir la gestación. Por otro lado, en algunos casos existe resistencia por parte de los familiares a dar información, ya que están preocupados por la confidencialidad de los datos. Por último, el estudio de las muertes maternas violentas con la técnica de autopsias verbales puede ser un proceso doloroso, aunque este comentario se vincula con el estudio de las muertes maternas en general. Sin embargo, llevando adecuadamente la técnica, es un estudio con alta factibilidad en su realización.

Agradecimientos

Se agradece a las autoridades de salud del estado de Morelos el apoyo brindado para desarrollar este proyecto. Asimismo se agradece al IMSS e ISSSTE de Morelos la oportunidad de tener acceso a la información. Al Dr. Luis Anaya de la Dirección General de Epidemiología de la SSA, el acceso a los registros de mortalidad. Queremos hacer un reconocimiento a las entrevistadoras Pilar Torres, Beda Mota y Patricia Camino por su gran disposición para realizar las autopsias verbales, y a la Dra. Minerva Romero por su colaboración en la revisión de certificados y expedientes clínicos.

Referencias

1. Secretaría de Salud (SSA). Información en Salud, 2003. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/>
2. Encuesta Nacional de Salud, 2000 (ENSA). Disponible en: http://www.insp.mx/ensa_tomo2.pdf, pg 76)
3. Instituto Nacional de Salud Pública. Atlas de la Salud, 2002. Disponible en: <http://sigsalud.insp.mx/naais/atlasok.asp#>
4. Reyes S. Mortalidad materna en México. Instituto Mexicano del Seguro Social. México DF: IMSS, 1994.
5. Langer A, Hernández B, García C, Saldaña G. Identifying interventions to prevent maternal mortality in Mexico: a verbal autopsy study. En: Berer M, Sundari T, ed. Reproductive health matters. Safe motherhood initiatives: critical issues. London: Blackwell Science, 1999.
6. WHO. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. Tenth Revision. Geneva: WHO 1992. Disponible en: <http://www3.who.int/icd/vol11htm2003/fr-icd.htm>
7. World Health Organization. Violence against women. Fact Sheet No. 239. Geneva: WHO, 2000. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/en/print.html>
8. World Health Organization (WHO). World Report on Violence and Health. Geneva: WHO, 2002. Disponible en: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/
9. Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática. Sistema de Indicadores para el Seguimiento de la Situación de la Mujer en México (SISESIM). INEGI. Disponible en: <http://www.inegi.gob.mx/difusion/espanol/fsisesim.html>.

10. Castro R, Peek-Asa C, Ruiz A. Violence against women in Mexico: A study of abuse before and during pregnancy. *Am J Public Health* 2003;93(7):1110-1116.
11. Hedin LW. Postpartum, also a risk period for domestic violence. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2000;89(1):41-5.
12. Ahmed KM, Ginneken J, Razzaque A, Alam N. Violent deaths among women of reproductive age in rural Bangladesh. *Soc Sci Med* 2004;59:311-319.
13. Guillaumue MK. Evolution du concept de mortalité maternelle et émergence de la mortalité violente en relation avec la grossesse. Disponible en: <http://www.demo.ucl.ac.be/cq04/textes/GuillaumeKhlat.pdf>
14. Espinoza H, Camacho AV. Maternal death due to domestic violence: an unrecognized critical component of maternal mortality. *Rev Panam Salud Publica* 2005 Feb;17(2):123-9.
15. Deaths from complications of unsafe abortion: Misclassified second trimester deaths. *Reprod Health Matters* 200;12(24):27-38.
16. Sloan N, Langer A, Hernández B, Romero M, Winikoff B. The etiology of maternal mortality in developing countries: what do verbal autopsies tell us? *Bull World Health Organ* 2000;79(9):805-810.
17. Ronsmans C, Vanneste AM, Chakraborty J, Van Ginneken J. A comparison of three verbal autopsy methods to ascertain levels and causes of maternal deaths in Matlab, Bangladesh. *Int J Epidemiol* 1998; 27(4):660-666.
18. World Health Organization. Putting women's safety first: Ethical and safety recommendations for research on domestic violence against women. Geneva: WHO, 2001. (WHO/FCH/GWH/01.01).
19. Hernández B, Langer A, Romero M, Chirino SJ. Factores asociados a la muerte materna hospitalaria en el Estado de Morelos, México. *Salud Publica Mex* 1994;36 (5):521-528.
20. Espinoza H, Hernández B, Campero L, Walker D, Reynoso S, Langer A. Muertes maternas por aborto y por violencia en México: Narración de una experiencia en la formulación e implementación de una metodología de investigación. *Perinatol Reprod Hum* 2003;17(4):193-204.
21. Petersen R, Gazmararian JA, Spitz AM, Rowley DL, Goodwin MM, Saltzman LE et al. Violence and adverse pregnancy outcomes: A review of the literature and directions for future research. *Am J Prev Med* 1997;13(5):366-73.
22. Geronimus AT. Damned if you do: culture, identity, privilege, and teenage childbearing in the United States. *Soc Sci Med* 2003;57(5):881-93.
23. Ronsmans C, Khlat M. Adolescence and risk of violent death during pregnancy in Matlab, Bangladesh. *Lancet* 1999;23;354(9188):1448.
24. Frautschi S, Cerulli A, Maine D. Suicide during pregnancy and its neglect as a component of maternal mortality. *Int J Gynecol Obstet* 1994;47:275-284.
25. Bayatpour M, Wells RD, Holford S. Physical and sexual abuse as predictors of substance use and suicide among pregnant teenagers. *J Adolesc Health* 1992;13(2):128-132.
26. Instituto Nacional de Salud Pública, Secretaría de Salud. Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres. México: INSP, 2003.
27. Rizzi RG, Córdoba RR, Maguna JJ. Maternal mortality due to violence. *Int J Gynecol Obstet* 1998;63 Suppl:19-24.
28. Hedin LW, Janson PO. Domestic violence during pregnancy. The prevalence of physical injuries, substance use, abortions and miscarriages. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2000;79(8):623-624.
29. Castro R, Campero L, Hernández B, Langer A. A study on maternal mortality in Mexico through a qualitative approach. *J Womens Health Gen Based Med* 2000;9(6):679-690.
30. Petersen R, Saltzman LE, Goodwin M, Spitz A. Key scientific issues for research on violence occurring around the time of pregnancy. Atlanta, Georgia: National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion and the National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention, 1998.
31. Granja AC, Zacarias E, Bergstrom S. Violent deaths: the hidden face of maternal mortality. *Int J Gynecol Obstet* 2002;109(1):5-8.
32. McFarlane J, Campbell JC, Sharps P, Watson K. Abuse during pregnancy and femicide: urgent implications for women's health. *Obstet Gynecol* 2002;100(1):27-30.
33. Marchant S, Davidson LL, Garcia J, Parsons JE. Addressing domestic violence through maternity services: policy and practice. *Midwifery* 2001;17(3):164-170.