

Muertes maternas por aborto y por violencia en México: Narración de una experiencia en la formulación e implementación de una metodología de investigación*

HENRY ESPINOZA,^a BERNARDO HERNÁNDEZ,^b
LOURDES CAMPERO,^b DILYS WALKER,^b SOFÍA REYNOSO,^a ANA LANGER^a

RESUMEN

Objetivo: Desarrollar un procedimiento para investigar las muertes de mujeres embarazadas, o puérperas y determinar si estuvieron o no asociadas con la práctica de abortos inseguros o con violencia doméstica.

Metodología: El estudio se desarrolló en dos localidades: el estado de Morelos y el municipio de Nezahualcóyotl. A través del registro epidemiológico de muertes se identificaron los decesos de mujeres en edad reproductiva (12-50 años) del 2001 en ambas localidades. El procedimiento del estudio comenzaba con la clasificación de certificados de defunción. Se desarrolló una lista de criterios, bajo los cuales un certificado se consideraba como un caso de muerte materna establecida o posible. De acuerdo con el procedimiento, a partir de estos casos se recababa información de los familiares o amigos de la fallecida usando la técnica de autopsia verbal, y cuando estaban disponibles, se obtenía información de los expedientes clínicos y los informes forenses.

Resultados: Las principales dificultades que se enfrentaron durante la implementación de este procedimiento de investigación fueron, en mayor grado, el retraso en la captación de los certificados de defunción por parte del sistema de salud y el no acceso a expedientes médicos e informes forenses. En menor grado, las dificultades fueron ubicar domicilios, encontrar informantes concedores de los detalles alrededor de la muerte, revelación de información sensible, particularmente en el caso de muertes de adolescentes.

Conclusiones: El procedimiento que desarrollamos nos permitió investigar, a través de la técnica de autopsia verbal, un número selecto de muertes de mujeres embarazadas o puérperas, cuyas causas de muerte estuvieron relacionadas con aborto o con violencia. Los investigadores sugieren que las instituciones médico-forenses definan mecanismos bajo los cuales se pueda estrechar la colaboración para realizar investigaciones relevantes, para que a partir de los resultados, las autoridades de salud puedan tomar acciones eficaces en su lucha por reducir la mortalidad materna en México.

PALABRAS GUÍA: *Autopsia verbal, mortalidad materna, aborto inseguro, violencia intrafamiliar, México.*

* Trabajo presentado en el Simposium "Mujer y Salud" del 19 al 20 de marzo de 2003. Programa Mujer y Salud de la SSA y el Instituto Nacional de Perinatología.

^a Population Council, Oficina Regional para América Latina y el Caribe.

^b Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, Morelos, México.

Correspondencia:

Henry Espinoza. Population Council, Oficina Regional para América Latina y el Caribe, Panzacola No. 62 Interior 102 Col. Villa Coyoacán, México, D.F. 04000, México.
Correo electrónico: hespinoza@popcouncil.org.mx

Recibido: 17 de julio de 2003.

Aceptado: 18 de noviembre de 2003.



INTRODUCCIÓN

Las muertes de mujeres durante el proceso reproductivo (embarazo-aborto/parto-post-aborto/puerperio) ocurren con mayor frecuencia en los países en vías de desarrollo. Dos de las causas por las cuales mueren las mujeres embarazadas (antes, durante o después de finalizar el embarazo) son el aborto inseguro y la violencia. Ambas podrían ser enfrentadas con acciones que pueden prevenir la mayoría de esas defunciones. Frecuentemente, un factor que limita la formulación de políticas orientadas a la prevención es la ausencia de datos precisos sobre la frecuencia con que dichas causas producen muertes.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el aborto inseguro como el procedimiento para terminar un embarazo no deseado, procedimiento que es llevado a cabo por personas que carecen del entrenamiento necesario y/o en condiciones no sanitarias.¹ El aborto inseguro, por lo tanto, atenta contra la salud y la vida de la mujer. Las estadísticas mexicanas sobre la frecuencia del aborto inseguro no reflejan con certeza la magnitud del problema, pues la mayoría están subestimadas y distorsionadas. Las repercusiones legales, éticas y emocionales conllevan a la falta de revelación de información sobre el aborto inseguro y sus complicaciones.² Por ejemplo, en México, en un estudio de seguimiento de 118 mujeres hospitalizadas por aborto espontáneo, se encontró que 77% correspondieron en realidad a abortos inducidos.³ Aunque existe un margen amplio en la estimación del número de abortos inseguros en México, desde 100,000 hasta 1,600,000 abortos inseguros anuales;⁴⁻⁶ por lo que, por consenso, se trabaja de facto con la cifra de 500,000 abortos al año. De este medio millón de abortos inseguros se desconoce qué porcentaje resulta en muertes maternas.

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 Mucha de la violencia que vive la mujer proviene de su

entorno familiar. De acuerdo con cifras oficiales, se estima que a nivel nacional, en México, la violencia intrafamiliar está presente en 30% de los hogares.⁸ No obstante se desconoce qué porcentaje de embarazadas sufre de violencia y cuántas de ellas mueren por ello. México es considerado dentro del grupo de países que cuentan con un adecuado sistema de registro de eventos vitales, no obstante, los homicidios y suicidios de mujeres embarazadas, o recientemente embarazadas, no son registrados por el sistema de estadísticas como muertes vinculadas al embarazo, porque dichas muertes no están incluidas dentro de la definición de muerte materna,⁹ y, por lo tanto, no se reflejan en los datos oficiales.*

En las últimas décadas ha habido un creciente interés por estos dos problemas de salud pública no sólo en México, sino en todo el mundo. Revelar la verdadera contribución del aborto y de la violencia a la mortalidad de mujeres durante el proceso reproductivo plantea varios retos metodológicos y éticos a quienes realizan este tipo de investigaciones.

Investigadores del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) y del Population Council colaboraron estrechamente en el diseño e implementación de una metodología que permitiera investigar y cuantificar el subregistro de muertes de mujeres embarazadas o recientemente embarazadas debidas al aborto inseguro o la violencia (homicidio y suicidio). En este artículo describimos esta metodología, las estrategias y acciones desarrolladas durante el estudio, confiando en que estas aportaciones servirán a las personas que están involucradas en investigaciones relacionadas o están planeando hacerlo en el futuro.

METODOLOGÍA

Definición geográfica, población y cronograma de actividades

Se seleccionaron dos lugares para el estudio: el estado de Morelos y el municipio de

* La OMS, en su décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades define muerte materna como la muerte de una mujer durante el embarazo o dentro de los 42 días seguidos a la terminación del embarazo, independientemente de la duración o sitio del embarazo, por una causa relacionada a, o agravada por el, embarazo o su manejo, pero no por causas accidentales o incidentales.⁹

Nezahualcóyotl, este último pertenece al Estado de México. La tasa de mortalidad en ambos estados es superior al promedio nacional, pero la razón principal de su selección fue la conveniente situación geográfica. Para el año 2001, cada sitio de estudio tenía una población estimada de 1.5 millones de habitantes, aproximadamente, de los cuales 500,000 eran mujeres en edad fértil. Se esperaba que, ese mismo año, aproximadamente 500 mujeres en edad fértil fallecieran por cualquier causa. El conjunto de estas 500 muertes constituyó la población universo del estudio. De este universo, las/os investigadores seleccionaron un grupo de casos para investigarlos más a fondo (este proceso de selección se explica más adelante).

El periodo durante el cual se diseñó, formuló y aprobó el proyecto fue de seis meses, aproximadamente. La implementación o desarrollo de las actividades de recolección de datos se extendió por un periodo de 12 meses. El estudio inició a mediados del año 2001 y terminó en el año 2002 (Figura 1).

Aspectos éticos y metodológicos

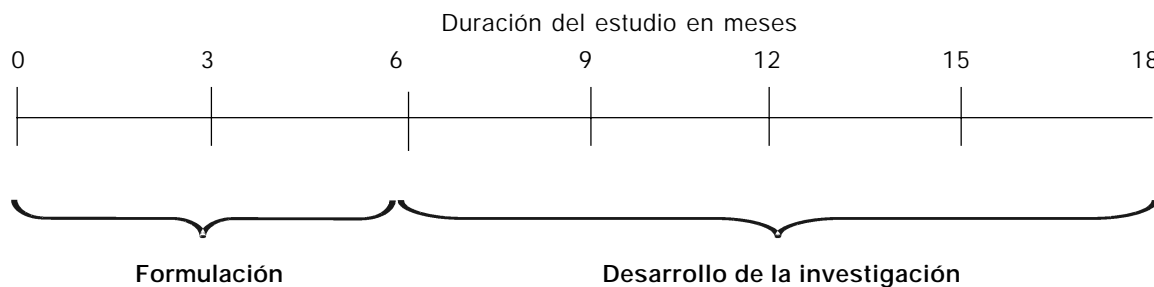
Durante la formulación y desarrollo del estudio, varios elementos relacionados a la ética y a la metodología fueron abordados.

- *Aspectos éticos.* Es una responsabilidad ética básica preservar la seguridad y la confidencialidad del informante cuando se estudian temas sensibles como aborto inseguro y violencia. La OMS ha estipulado una serie de recomendaciones éticas¹⁰ para la realización de estudios sobre violencia contra la mujer (Tabla 1), las cuales fueron incorporadas en este estudio según describimos a continuación.

La primera acción fue someter el protocolo a consideración de los comités de ética de cada una de las instituciones participantes. Una vez recibida la aprobación, las/os investigadores llevaron a la práctica las actividades propuestas para asegurar la ética de la investigación. Por ejemplo, las entrevistadoras fueron entrenadas sobre cómo identificarse, presentar el proyecto, crear un

Figura 1

Cronograma de actividades para la formulación e implementación de la investigación



- Desarrollo de propuesta e instrumentos
- Presentación de proyecto a autoridades
- Envío de propuesta a comités de ética
- Entrenamiento a entrevistadoras
- Validación y adecuación de instrumentos

Trabajo de campo

- Recuperación de certificados de defunción
- Realización de autopsias verbales
- Revisión de expedientes clínicos y forenses

Manejo y análisis de datos

- Creación de máscara de captura computarizada
- Captura del contenido de cuestionarios a base computarizada
- Análisis cuantitativo y cualitativo



Tabla 1
Recomendaciones éticas y de seguridad de la OMS para
investigaciones sobre violencia doméstica¹⁰

- La seguridad de las entrevistadas/os y del equipo de investigación es primordial y deberá considerarse en todas las decisiones del proyecto.
- La protección de la confidencialidad es fundamental para preservar la seguridad de las mujeres y garantizar la calidad de la información.
- Todos los miembros del equipo de investigación deberán de ser seleccionados cuidadosamente y recibirán entrenamiento especializado y apoyo continuo.
- El diseño del estudio deberá incluir un número de acciones dirigidas para reducir el estrés en los participantes a causa de la investigación.
- Los estudios deben ser metodológicamente correctos y tomar en cuenta el conocimiento actual para reducir la frecuencia de no-respuesta.
- Los trabajadores de campo deberán ser entrenados para referir a las mujeres o dar apoyo. Donde los recursos son escasos, quizá sea necesario crear mecanismos de apoyo de corto plazo.
- Los investigadores y donantes tienen la obligación ética de ayudar a que los resultados de la investigación sean interpretados adecuadamente y utilizados para el desarrollo y cambios en las políticas.
- Las preguntas sobre violencia deberán ser incorporadas dentro de estudios con otros fines, sólo cuando se haya cumplido con los requerimientos metodológicos y éticos para el estudio de la violencia.

ambiente de confianza, obtener consentimiento informado, aplicar la entrevista, manejar la información y el sistema de referencias para casos que requirieran apoyo psicológico.

Las entrevistadoras visitaron las casas de los familiares de la fallecida vistiendo bata blanca y portando un gafete con logotipo del INSP. En el gafete se podía leer fácilmente el nombre de la entrevistadora. Las entrevistadoras presentaron el proyecto como una investigación en salud y pedían al familiar unos minutos a solas para explicar el motivo de la visita. Las entrevistadoras expresaban tener conocimiento sobre el deceso y daban sus condolencias por el mismo.

Seguidamente, las entrevistadoras procedían a obtener el consentimiento informado siguiendo una rutina establecida, que consistía en:

1. Explicar los objetivos e importancia del estudio.
2. La necesidad de sostener la entrevista en privado.
3. El tiempo de duración de la entrevista y la naturaleza de las preguntas.

4. La posibilidad de ser consultada nuevamente.
5. La voluntariedad de la participación.
6. El derecho a declinar participar en cualquier momento.
7. Los beneficios y riesgos de participar en el estudio.
8. Los servicios a los que podría ser referida la persona entrevistada (si la entrevistada misma lo solicitaba).
9. La información de contacto (dirección y teléfono) de las personas responsables de la investigación, ante cualquier duda o pregunta sobre el estudio.

Se explicó que en el cuestionario no se escribiría el nombre de la persona entrevistada y que sólo el equipo de investigadoras/es tendría acceso a los cuestionarios. En caso de entrevistar a otra persona sobre el mismo fallecimiento, no se comentaría el hecho de que otras personas ya habían aportado información.

Además del entrenamiento inicial sobre la técnica de entrevista, las entrevistadoras tuvieron sesiones individuales o de grupo con

una psicóloga clínica. Para asegurar la integridad física de las entrevistadoras se procuró programar las visitas de campo de manera que, al menos dos de las entrevistadoras estuvieran en la misma zona al mismo tiempo. Para incrementar la seguridad física, las entrevistadoras eran movilizadas en un vehículo de la institución y por un conductor del sexo masculino. Además, todo el equipo fue advertido de no entrar en una casa o de abandonar un lugar, si no se percibía seguridad en el entorno: por ejemplo, si en la casa había personas ebrias, o portando armas, o mostraban una actitud amenazadora, o por cualquier situación que simplemente generara la sensación de inseguridad.

- *Aspecto metodológico.* La principal dificultad para identificar muertes maternas por aborto o por violencia es la falta de un método estandarizado. Se seleccionó el método de autopsia verbal como método principal de investigación, debido a su amplio uso en estudios de mortalidad materna para detectar subregistro.¹¹⁻¹⁴ Los pasos propuestos para investigar las muertes incluían la recuperación de certificados de defunción, la realización de la entrevista de autopsia verbal con los familiares de la fallecida, y la revisión de expedientes clínicos y forenses como métodos auxiliares.

Recuperación, clasificación y selección de certificados de defunción

De acuerdo con la ley mexicana, para que una familia pueda dar sepultura a su fallecido es necesario contar con un acta de defunción emitida por la oficina de Registro Civil. De acuerdo con la normatividad, una acta de defunción sólo puede ser emitida cuando los familiares de la persona fallecida entregan al Registro Civil el certificado de defunción otorgado por la Secretaría de Salud.

La Secretaría de Salud compila los certificados y los utiliza como parte del sistema de vigilancia epidemiológica. Es a partir de la información contenida en los certificados que se generan las estadísticas oficiales sobre la mortalidad en México.

Para este estudio, la recuperación de los certificados se logró a través de varios mecanismos que incluyeron:

1. La recuperación activa a nivel de la jurisdicción de la Secretaría de Salud, donde se capta, codifica e introduce el contenido de los certificados en una base de datos computarizada.
2. La revisión periódica a nivel estatal y nacional de la base de datos de certificados captados.

La meta era recuperar la mayor cantidad posible de certificados durante la vida del proyecto. La principal dificultad estuvo relacionada con el retraso en la captación de los certificados a nivel de las jurisdicciones y estados. El retraso comúnmente es de algunas semanas, pero puede llegar a ser mayor de 12 meses.

La revisión y clasificación de certificados se realizó utilizando una serie de criterios *ad-hoc* que permitían separarlos en tres grupos (Tablas 2 y 3), que incluían:

1. Muertes maternas ya establecidas en el certificado.
2. Muertes maternas posibles.
3. Muertes maternas no posibles.

Los grupos 1 y 2, muertes maternas establecidas y posibles, fueron objeto de una mayor investigación, lo cual se logró a través de un método principal: la autopsia verbal; y dos métodos auxiliares: la revisión de expedientes clínicos hospitalarios y de medicina forense.

Autopsia verbal

La "autopsia verbal" es una entrevista que se realiza al familiar de la fallecida con el objetivo de reconstruir el proceso de enfermedad y los sucesos relacionados que pudieron haber contribuido o llevado a la muerte. Esta técnica ha sido utilizada principalmente en estudios de mortalidad infantil¹⁵ y mortalidad materna¹¹⁻¹³ en países con estadísticas pobres, pero también ha sido un método válido en



Tabla 2
Proceso de revisión y clasificación de certificados de defunción de mujeres en edad reproductiva que fallecieron en el año 2001 en Morelos y Nezahualcóyotl

Revisión	Clasificación
<ul style="list-style-type: none"> Muerte materna claramente establecida en el certificado 	1. Muerte materna establecida‡
<ul style="list-style-type: none"> Muertes violentas (suicidios/homicidios) Certificados donde al menos una causa de defunción estaba relacionada con una posible complicación de aborto (Tabla 3) Certificados cuya sección 16 "causas de defunción" fue llenada de manera incompleta o ilógica (Tabla 3) 	2. Muerte materna posible‡
<ul style="list-style-type: none"> Todos los restantes 	3. Muerte materna no posible

‡ Casos seleccionados para la investigación.

Tabla 3
Criterios de inclusión para la categoría de muertes maternas posibles

A. Lista de causas de muerte posiblemente relacionadas con aborto⁹

- Choque anestésico
- Sistema cardiovascular (choque, colapso circulatorio, hipertensión)
- Sistema hematológico (anemia, coagulación intravascular, hemorragia)
- Infecciones (choque, sepsis/septicemia, peritonitis)
- Metabolismo (desequilibrios electrolíticos)
- Pulmonar (embolismo, insuficiencia respiratoria)
- Renal (insuficiencia renal aguda, uremia)
- Obstétricas y ginecológicas (infecciones, enfermedad pélvica inflamatoria, aborto, endometritis, toxemia)
- Cáncer combinado con hemorragia o septicemia

B. Certificados incompletos o posiblemente llenados de forma incompleta o ilógica, si:

- Una sola causa de defunción
- En algunos casos de padecimientos crónicos con un periodo de evolución menor de cinco años, en mujeres menores de 35 años (acordado por los investigadores)
- En algunos casos de padecimientos crónicos con un periodo de evolución menor de tres años, en mujeres mayores de 35 años (acordado por los investigadores)

C. Muertes violentas (suicidios/homicidios)

documentar el subregistro de la mortalidad materna en México.¹⁴ La técnica supone que los síntomas de la enfermedad son distintivos,

notables y fáciles de recordar por los familiares. Asumimos que los eventos como el embarazo, aborto, parto y la violencia intrafamiliar

reunían esas características. El reto era, entonces, facilitar la revelación de ese tipo de información.

Las posibilidades de que una persona revele información sensible depende de su voluntad para hacerlo y de la capacidad de la entrevistadora para crear un ambiente de confianza. Los factores asociados con la generación de un ambiente de confianza incluyen:

1. El sexo/género de la persona que hace la entrevista.
2. Su identificación adecuada.
3. La extensión de la entrevista y el horario en que toma lugar.
4. La presencia de otras personas en el sitio de la entrevista.
5. La actitud de la entrevistadora para escuchar con interés y sin prejuicios, entre otros.^{10,16,17}

El equipo de entrevistadoras estaba compuesto por mujeres con grado de licenciatura, con experiencia previa en levantamiento de encuestas y residentes de los lugares bajo estudio. El equipo recibió un entrenamiento de tres días, durante el cual se revisaron los objetivos y la importancia del estudio, la técnica de autopsia verbal con su cuestionario guía, se realizaron prácticas entre las mismas entrevistadoras y con terceras personas para asegurar que la formulación o fraseo de las preguntas del cuestionario era adecuada. Este cuestionario fue adaptado de un estudio anterior sobre mortalidad materna realizado por tres de los autores del presente artículo (AL, BH y LC), con la salvedad de que entonces no se abordó el tema del aborto y violencia.¹⁴ Las preguntas sobre aborto y violencia fueron incorporadas a partir de cuestionarios previos utilizados por las instituciones investigadoras. Además, el cuestionario final fue piloteado con residentes del Estado de México que no participarían del estudio. El cuestionario tenía una sección con preguntas estructuradas y otra sección abierta. La sección estructurada a su vez estaba dividida en módulos que evaluaban:

1. La situación del informante en relación con la fallecida y su capacidad para responder

con detalle sobre los sucesos del fallecimiento.

2. El estado socioeconómico de la fallecida.
3. El estado de salud y antecedentes reproductivos de la fallecida.
4. Las complicaciones y atención médica del embarazo.
5. La situación de violencia intrafamiliar experimentada por la difunta. La sección abierta tenía como objetivo recabar la narración de los hechos, tal y como los percibió el informante. Además, en esta sección la entrevistadora anotaba sus impresiones generales sobre el caso, como la facilidad o dificultad en encontrar el domicilio, la actitud del informante hacia la entrevista, la necesidad de referir a la entrevistada y cualquier otra información que considerara relevante para la investigación.

RESULTADOS

Experiencias de las entrevistadoras con la realización de autopsias verbales

La realización de autopsias verbales con los familiares de la fallecida fue una actividad que enfrentó varios obstáculos, incluyendo dificultades para ubicar el domicilio y renuencia de los informantes a dar información. Las entrevistadoras comentaron que algunas direcciones de domicilios simplemente no existían, o bien que los familiares habían cambiado a un nuevo domicilio tras el deceso. En algunos casos hubo dificultad en ubicar la residencia con sólo la información del certificado. En estos casos fue necesario preguntar a los vecinos de la zona sobre el lugar exacto de la residencia donde recientemente había ocurrido un fallecimiento.

El preguntar a los vecinos trajo en ocasiones información adicional importante sobre el horario más adecuado para encontrar a los familiares, sobre la existencias de amigas/os cercanas/os de la fallecida, sobre la nueva dirección o dirección de otros familiares, sobre el médico y lugar donde se atendió a la mujer. Los vecinos también contribuyeron con advertencias sobre la posible reacción de los familiares, sobre la condición legal del presunto victimario (preso, a la fuga, o impune), y sobre



si el presunto homicida era un miembro de la familia y todavía habitaba en la casa.

Las/os investigadores anticipamos el gran reto que representaba encontrar y entrevistar a la persona que había llevado a cabo el aborto, cuya complicación condujo a la muerte, o bien al individuo que había agredido letalmente a la mujer (presunto homicida). Una entrevistadora informó en sus notas cómo se llevó a cabo la entrevista: "Fue una entrevista relativamente fácil. Fue fácil porque quien dio la entrevista fue el padre de la mujer (fallecida). Él estaba enojado con el yerno (presunto asesino). El informante no titubeó en detallar los hechos. El informante tiene a los nietos bajo su cuidado y el yerno está en la cárcel." Es posible que en este caso el saber que el presunto homicida ya estaba en la cárcel permitió al informante narrar el hecho con los detalles. Sin embargo, esto no fue la regla para todos los casos de homicidios, pues en los hogares donde el victimario continuaba libre (porque había huido, o porque el crimen permanecía sin esclarecer) el temor a posibles represalias prevalecía. En estos casos nuestro personal se esforzaba por persuadir a las/os posibles informantes; una entrevistadora anotó: "Se mostraron desconfiados, por lo que tuve que explicar detenidamente cómo manejaríamos los datos."

En los casos que identificamos adolescentes que estaban embarazadas y que cometieron suicidios, encontramos resistencia de parte de las familias a hablar del suceso y los eventos alrededor de éste. Las impresiones de una entrevistadora (Tabla 4) es un ejemplo de esta

situación. En este caso se muestra la habilidad de la entrevistadora para no concluir el caso con la información obtenida por el familiar y la contribución de vecinos y amigos para referir a posibles mejores informantes.

En cuanto al estrés psicológico que experimentaban las entrevistadoras, ellas comentaron varias veces la impotencia y desesperación que les causaba escuchar sobre situaciones perturbadoras para las cuales poco o nada se podía hacer, como la que se refleja en la siguiente anotación: "Según la informante (tía de la fallecida), la víctima comentó que quería morir (y se suicidó) ya que no soportaba el abuso sexual al que vivía sometida por su padrastro (desde los 13 años) y del maltrato físico que recibía por parte de la madre." De acuerdo con las entrevistadoras, las sesiones de apoyo psicológico individuales y de grupo, fueron clave para el manejo de los sentimientos que les generaba el descubrimiento de este tipo de historias.

Revisión de expedientes clínicos hospitalarios y de medicina forense

La revisión de los expedientes hospitalarios fue indicada para las muertes ocurridas, según el certificado de defunción, en hospitales. La revisión de los informes forenses se realizó sólo para las muertes violentas, pues en estos casos el Ministerio Público mexicano ordena autopsia forense de manera obligatoria. Varias limitaciones se anticiparon para el éxito de esta actividad, entre las cuales se pueden mencionar:

Tabla 4

Narración de una entrevistadora sobre su experiencia con la técnica de autopsia verbal para investigar la muerte de una adolescente que se suicidó

"El seguimiento del caso fue complicado, ya que para entender éste hubo que tener tres informantes. La versión de la hermana fue de que en la casa no había problemas y que no sabe por qué pasó (el suicidio). Un vecino nos refirió a una amiga de la fallecida, con ella nos informamos de que en la casa había muchos conflictos familiares y una situación de mucha represión y control. La amiga nos contó de la existencia de un novio, de la relación con él, del posible consumo de droga y la situación difícil de la fallecida. Sin embargo, se rehusó a contarnos más sobre la muerte y nos refirió a otro amigo. Esta persona aceptó dar una entrevista telefónica y declinó la entrevista cara a cara, donde nos aseguró que la joven se suicidó al darse cuenta que estaba embarazada."

1. La falta de estandarización de los expedientes y los informes forenses.
2. La inexistencia o estado incompleto de los mismos.
3. La imposibilidad de obtener autorización para tener acceso a dichos documentos.

Las/os investigadores desarrollaron un formato de extracción de datos a partir de expedientes o informes forenses. En ambos casos, el objetivo era confirmar que el deceso había ocurrido según las causas anotadas en el certificado y, además, en el caso de la revisión del informe forense, se perseguía descartar el embarazo con base en los hallazgos anatómopatológicos del útero.

Se visitaron numerosas instituciones hospitalarias del sistema de salud mexicano y centros forenses (Tabla 5). En al menos la mitad de los hospitales del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) no se nos autorizó el acceso a los expedientes directamente. En estos casos se llegó al acuerdo de que una persona empleada del hospital, pero no del equipo de investigación, haría la revisión y llenaría los formatos. Otras dificultades encontradas fueron, precisamente, la inexistencia de expedientes o expedientes incompletos, y los largos trámites burocráticos para obtener la autorización. En el caso de los expedientes forenses, las dificultades fueron similares a las encontradas con los expedientes hospitalarios. En la mitad de los centros forenses no se permitió el

acceso a los reportes ni se dio ninguna información sobre los resultados de la necropsia.

CONCLUSIONES

Para investigar y cuantificar el subregistro de muertes de mujeres embarazadas o recientemente embarazadas, desarrollamos un procedimiento metodológico, que incluyó:

1. La recuperación, clasificación y selección de certificados de defunción.
2. La investigación a profundidad con los certificados seleccionados a través de entrevistas de autopsia verbal con los familiares de la fallecida y revisión de expedientes clínicos y forenses.

Las consideraciones éticas fueron abordadas meticulosamente en el estudio.

Aunque en varios estudios de mortalidad materna se han usado diversos métodos de investigación a la vez, con el propósito de validar al menos uno de los métodos,^{11,18} en nuestra investigación los objetivos de ese abordaje fueron principalmente la necesidad de reducir el número de entrevistas con familiares para casos bien establecidos de no muertes maternas y la obtención de la mayor cantidad de información posible para los casos seleccionados.

En el caso de las autopsias verbales, la implementación cuidadosa de las actividades

Tabla 5
Número de hospitales y centros forenses donde se necesitó llevar a cabo revisión de expedientes clínicos y de reportes de necropsias

Tipo de hospital	Nezahualcóyotl*	Morelos
IMSS	5	3
ISSSTE	3	2
SSA	5	9**
Clínicas/hospitales privados		2
Centros forenses	3***	

* Hospitales localizados en Nezahualcóyotl y el Distrito Federal

** Incluye cinco centros de salud con camas

*** Localizados en Nezahualcóyotl, Distrito Federal y Toluca



propuestas para preservar la seguridad de las entrevistadoras e informantes muy probablemente redundó en el buen desempeño de las entrevistadoras y la revelación de información clave por parte de las/os informantes. Para investigaciones futuras, la consulta con vecinos sobre la situación del hogar donde ocurrió el deceso, debería ser un paso obligatorio dentro del protocolo, ya que podría facilitar la toma de algunas medidas que incrementarían la seguridad, tanto de la entrevistadora como del informante.

No obstante, el hecho de que la mitad de instituciones forenses y la mitad de hospitales del IMSS limitaran el acceso a los expedientes de mujeres fallecidas, no permitió que la metodología diseñada se implementara de forma exitosa para el 100% de los casos. Una posible solución sería que estas instituciones definieran los mecanismos específicos y las condiciones bajo las cuales puedan colaborar con investigaciones académicas. Hay ejemplos publicados de colaboración cercana, entre agencias del crimen e instituciones de salud,¹⁹ de las cuales se han generado datos valiosos para la comprensión del problema en estudio.

Además, debería definirse si los expedientes de personas fallecidas deberían estar disponibles, o no, para investigaciones estrictamente de salud pública, que buscan generar datos para la promoción de actividades preventivas. También se debería definir a quién se reserva

el derecho último a decidir sobre el acceso a esos documentos: si a los familiares o a la institución.

A pesar de las dificultades encontradas, los investigadores responsables de esta investigación consideran que esta metodología es adecuada para investigar las muertes de mujeres embarazadas, o recientemente embarazadas, por aborto y por violencia.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos por su apoyo a las autoridades de Salud de los estados de México, Morelos y del Distrito Federal, en particular a: Carlos Álvarez Lucas, Dirección General de Epidemiología; Luis Anaya, Dirección General de Epidemiología; Gregorio Escamilla, Jefatura de la Jurisdicción Sanitaria Nezahualcóyotl; Agustín Mendoza Becerril, Subdirección de Servicios Periciales; Fernando Jiménez, Dirección de Epidemiología; Jorge Lara, Departamento de Estadísticas de la Secretaría de Salud; José Ramón Fernández, Dirección del Servicio Médico Forense; Juan Manuel Castro, Dirección de Servicios de Salud. Agradecemos, además, la valiosa colaboración de las siguientes personas: Pilar Torres, Beda Mota, Patricia Comino e Isela Aquino por realizar las entrevistas de autopsias verbales. Noemí Figueroa y Esperanza Piña por el manejo de base de datos. Laura Carillo por la asistencia administrativa.

ABSTRACT

We describe our experience developing and implementing a study to evaluate deaths among pregnant, or recently pregnancy women, attributable to abortion and/or violence. We describe the specific activities needed to both formulate and implement the study. We discuss the ethical and methodological issues that must be considered when studying the sensitive and stigmatized themes of violence and abortion. We also describe the principal barriers encountered and examples of experiences in the field.

KEY WORDS: *Verbal autopsy, maternal mortality, unsafe abortion, domestic violence, Mexico.*

REFERENCIAS

1. World Health Organization. The prevention and management of unsafe abortion. Report of a Technical Working Group. Geneva: WHO; 1992 (WHO/MSM/92.5).
2. Barreto T, Campbell O, Davies J, Fauveau V, Filippi V, Graham W, Mamdani M, Rooney C, Toubia N. Investigating induced abortion in developing countries: methods and problems. *Studies in family planning* 1992; 23: 159-70.
3. Canto de Cetina T, Colven C, Hernandez J, Vera L. Incomplete abortion: characteristics of the patients treated in the O'Horan Hospital of Merida, Yucatan. *Sal Pub Mex* 1985; 27: 507-13.
4. Paxman J, Rizo A, Brown L, Benson J. The clandestine epidemic: the practice of unsafe abortion in Latin America. *Studies in family planning* 1993; 24: 205-26.
5. The Alan Guttmacher Institute. Aborto clandestino: una realidad latinoamericana. Nueva York; AGI; 1994.
6. Consejo Nacional de Población. Ejecución del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. México, D.F.: CONAPO; 1999.
7. World Health Organization. Violence against women. Geneva: WHO; 2000. Fact Sheet No. 239.
8. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Sistema de Indicadores para el Seguimiento de la Situación de la Mujer en México (SISESIM). Sitio internet INEGI. Disponible en <http://www.inegi.gob.mx/difusion/espanol/fsisesim.html>. Acceso el 2 de abril de 2003.
9. World Health Organization. International statistical classification of diseases and related health problems, tenth review, volume 2. Geneva: WHO; 1993.
10. 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).
11. 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: 660-6.
12. Hoj L, Stensballe J, Aaby P. Maternal mortality in Guinea-Bissau: the use of verbal autopsy in a multi-ethnic population. *Int J Epidemiol* 1999; 28: 70-6.
13. Walraven G, Telfer M, Rowley J, Ronsmans C. Maternal mortality in rural Gambia: levels, causes and contributing factors. *Bull World Health Organ* 2000; 78: 603-13.
14. 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 (Eds). *Safe motherhood initiatives: critical issues*. London, UK: Reproductive Health Matters; 1999: 127-36.



15. Gray R, Smith G, Barss P. The use of verbal autopsy methods to determine selected causes of death in children. Baltimore, MD: the Johns Hopkins University School of Hygiene & Public Health; 1990. Occasional Paper No. 10.
16. World Health Organization. Verbal autopsy for maternal deaths. Report of a WHO workshop. Geneva: WHO; 1995 (WHO/FHE/MSM/95.15).
17. World Health Organization. Studying unsafe abortion: a practical guide. Geneva: WHO; 1996 (WHO/RHT/MSM/96.25).
18. Quigley MA, Chandramohan D, Rodrigues LC. Diagnostic accuracy of physician review, expert algorithms and data-derived algorithms in adult verbal autopsies. *Int J Epidemiol* 1999; 28: 1081-7.
19. Block CR, McFarlane JM, Walker GR, Devitt CO. Beyond public records databases: field strategies for locating and interviewing proxy respondents in homicide research. *Homicide Studies* 1999; 3: 349-66.