



## **Población y Salud en Mesoamérica**

Revista electrónica publicada por el  
Centro Centroamericano de Población  
Universidad de Costa Rica, 2060 San José, Costa Rica  
<http://ccp.ucr.ac.cr>

---

## **Población y Salud en Mesoamérica**

### **Revista electrónica**

Volumen 4, número 1, artículo 3

Julio - diciembre, 2006

Publicado 1 de julio, 2006

<http://ccp.ucr.ac.cr/revista/>

## **Morbilidad percibida y atención prenatal en mujeres marginadas de Chiapas, México.**

*Candelaria Margarita Aguilar Ruiz*

*Austreberta Nazar Beutelspacher*

*Benito Salvatierra Izaba*

*Ramón Mariaca Méndez*

*Ángel René Estrada Arévalo*

## Morbilidad percibida y atención prenatal en mujeres marginadas de Chiapas, México

Candelaria Margarita Aguilar Ruiz<sup>(φ)</sup>, Austreberta Nazar Beutelspacher<sup>(δ)</sup>, Benito Salvatierra Izaba<sup>(ω)</sup>, Ramón Mariaca Méndez<sup>(ψ)</sup>, Ángel René Estrada Arévalo<sup>(λ)</sup>

### Resumen

**Objetivo.** Estimar la frecuencia de morbilidad percibida durante el embarazo en residentes de áreas urbanas marginales, así como la relación entre ésta y el número de consultas prenatales. **Material y métodos.** Se realizó un estudio transversal en 15 asentamientos urbanos marginales de Chiapas. La muestra incluyó a mujeres en edad reproductiva recientemente embarazadas (n=230), entre quienes se indagó sobre morbilidad percibida y atención prenatal. Se realizó un análisis bivariado estimándose la razón de momios. El multivariado, mediante regresión logística binomial tomó las variables que durante el bivariado mostraron un valor de p hasta de 0.20. El análisis de varianza unidireccional estimó la relación entre las distintas categorías de morbilidad y el número de consultas prenatales. **Resultados.** Existe menor morbilidad de riesgo reportada entre indígenas, asociada a un menor número de consultas prenatales. **Conclusiones.** Es importante modificar la operación del programa de salud reproductiva, especialmente entre las mujeres indígenas y marginadas.

### Abstract

**Objective.** To estimate the frequency of perceived morbidity during pregnancy in residents of marginal urban areas, as well as to assess the relationship between this and the number of prenatal visits. **Material and methods.** A transversal study was carried out in 15 urban marginal settlements in Chiapas. The sample included women of 15 to 49 years old, who were pregnancy in the year previous this study (n=230). The investigation assesses the perceived morbidity and prenatal care. The Odds Ratio was estimate in the bivariate analysis. Multivariate analysis was performed with binomial logistic regression; variables included in the model were those that had a p-value under to 0.20 in the bivariate analysis. The analysis of one-way analysis of variance estimated the relationship between the different categories of morbidity and the number of prenatal care visits. **Results.** A less risk of reported morbidity among indigenous women was estimated, which was associated with a lower number of prenatal care visits. **Conclusions.** It is important to modify the practices of the reproductive health program, especially for indigenous and marginal women.

---

<sup>φ</sup> M. en C. por El Colegio de la Frontera Sur, Coordinadora de la Unidad de Género y Salud del Instituto de Salud del estado de Chiapas. magyy72@hotmail.com

<sup>δ</sup> Dra. En C. Investigadora Titular del Área Académica Sociedad, Cultura y Salud. El Colegio de la Frontera Sur. anazar@sclecosur.mx

<sup>ω</sup> Dr. En C. Investigador Titular del Área Académica Sociedad, Cultura y Salud. El Colegio de la Frontera Sur. bsalvati@sclecosur.mx

<sup>ψ</sup> Dr. En C. Investigador Asociado del Área Académica de Sistemas Alternativos de Producción. El Colegio de la Frontera Sur. rmariaca@sclecosur.mx

<sup>λ</sup> Maestro en Epidemiología, estudiante de Doctorado en la Facultad Nacional de Medicina, en la Universidad de la Habana, Cuba. arestrada@ssa.gob.mx

## Introducción

México ha otorgado gran importancia al cuidado de la salud de las mujeres embarazadas mediante esfuerzos orientados tanto a la atención específica de éstas como a la ampliación de cobertura de los servicios institucionales de salud<sup>1-5</sup>

La importancia de la atención prenatal se ha fundamentado en estudios que reportan, entre las mujeres que la reciben, menor riesgo de tener hijos de bajo peso al nacer, menor probabilidad de prematuridad, mortinatos y complicaciones durante el embarazo y el parto, así como menor probabilidad de muerte materna.<sup>6-10</sup> Además, se ha señalado que estos efectos se encuentran en función no solamente del hecho de acudir o no a consulta durante el embarazo, sino al inicio de las mismas y el número de consultas recibidas.<sup>2,11</sup> En este sentido la Norma Oficial Mexicana, especifica un mínimo de cinco consultas prenatales, con un inicio temprano, preferentemente en el primer trimestre del embarazo.<sup>12</sup>

Se reconoce ampliamente la existencia de barreras económicas y geográficas para recibir atención prenatal.<sup>13-16</sup> Los aspectos relativos a la percepción de la morbilidad, su gravedad y la necesidad de recibir atención médica por parte de las mujeres embarazadas han sido menos explorados, no obstante que su importancia ha sido reconocida desde tiempo atrás. Algunos autores<sup>17,18</sup> hablan sobre el concepto de la conducta del enfermo, diferenciando distintos tipos de variables: visibilidad y frecuencia de los síntomas; grado y severidad de los síntomas; y factores no sociológicos, tales como las características de los servicios de salud.

La importancia de la percepción de la sintomatología y del riesgo durante el embarazo ha sido señalada como un factor importante en la frecuencia de complicaciones durante el parto. Un ejemplo, es un trabajo realizado al este de Zaire<sup>19</sup> donde se señala que en las complicaciones del parto influyen la accesibilidad geográfica a los servicios médicos así como la percepción del riesgo en las gestantes; el análisis estratificado de este estudio mostró, además, que la percepción del riesgo tiene un impacto en la intensidad de las complicaciones. Otro estudio realizado en algunas colonias de la ciudad de México, revela la relación que existe entre la sintomatología percibida y la probabilidad de recibir una atención prenatal adecuada.<sup>6</sup>

La importancia de la morbilidad percibida durante el embarazo y su relación con la búsqueda de atención médica se vuelve crucial en poblaciones con alto riesgo de mortalidad materna como es la indígena.

En el estado de Chiapas, la atención prenatal resulta especialmente importante debido a que a pesar de los grandes esfuerzos desarrollados por el Sector Salud, la tasa de muerte materna continúa siendo muy elevada<sup>20</sup> particularmente entre la población indígena y marginada<sup>21,22</sup>. Aunque la tasa de muerte materna estimada por el Consejo Nacional de Población fue de 6.3 por mil nacidos vivos registrados en 1997, el Instituto de Salud del Estado de Chiapas (ISECH) ha reportado para la semana epidemiológica no. 39 del 2005 una tasa de 8.60 por 1000 nacidos vivos registrados<sup>23</sup>, lo que ubica a esta entidad con una de las cifras más elevadas de muerte materna en el país. Una tercera

parte de las defunciones maternas en la entidad se deben a complicaciones del embarazo no atendidas oportunamente, lo que las sitúa como causas de muerte prevenibles mediante una atención prenatal oportuna y adecuada.<sup>21</sup>

Por otra parte, Chiapas tiene uno de los promedios más bajos de atención de partos por personal médico. Del total de nacimientos ocurridos entre 1994 y 1997, menos de la mitad fueron atendidos por un médico (49.0%); en contraste, la partera atendió uno de cada dos partos.<sup>24</sup> Cifras similares han sido reportadas por el Consejo Nacional de Población<sup>25</sup>: 44.8% para el periodo 1994-1997. Según estimaciones que se han hecho para poblaciones marginadas<sup>26</sup> solamente el 14.5% de los partos ocurrió en área hospitalaria, cifra 2.9 veces menor que la reportada en el ámbito nacional (42.0%). La cobertura de atención prenatal adecuada es igualmente baja según un estudio que reporta que menos de la mitad de las mujeres mestizas (48.1%) reciben una atención prenatal adecuada<sup>13</sup>, cifra similar a la documentada por Sánchez para mujeres rurales en la entidad.<sup>14</sup> Uno de los estudios sobre mortalidad en la región<sup>25</sup> reporta que entre las defunciones maternas solamente el 47.2% recibieron alguna consulta médica durante el embarazo; entre las mujeres indígenas este porcentaje fue de 37.8% y entre las mestizas 59.4%.

En este trabajo se presentan los resultados de una encuesta de morbilidad y patrones de búsqueda de atención médica durante el embarazo en mujeres indígenas y mestizas de áreas marginales urbanas en Chiapas. Se aporta información sobre la morbilidad percibida durante el embarazo en mujeres indígenas y mestizas; la relación entre la escolaridad, la etnia, la condición de unión, el número de hijos y el uso de métodos anticonceptivos, entre otras variables, con la probabilidad de reportar morbilidad de riesgo y, finalmente, la relación entre la percepción de morbilidad de riesgo y el número de consultas recibidas. Se discuten las implicaciones de los resultados para la modificación de los programas de salud reproductiva con el objetivo de ofrecer una atención médica integral desde el embarazo hasta el parto y puerperio, de alta calidad y adecuada a las necesidades y características de la población indígena.

## Material y métodos

Los datos corresponden al proyecto: Evaluación integral de las políticas públicas en salud reproductiva en Chiapas. Elementos para la planeación estratégica en salud (EIPPSREP-2003), un estudio transversal, probabilístico, realizado en asentamientos urbanos marginales de las ciudades de Tuxtla Gutiérrez y San Cristóbal de Las Casas, en Chiapas. Estas ciudades tienen una población estimada de 454,252 y 138,487 habitantes, respectivamente<sup>27</sup> y han tenido un crecimiento importante en los últimos diez años asociado a una intensa migración rural-urbana. Para el año 2002 se tenía un registro de 134 asentamientos irregulares en ambas ciudades.<sup>31,32</sup> Entre ellos fueron seleccionados aleatoriamente diez en Tuxtla Gutiérrez y cinco en San Cristóbal de Las Casas. Las características de la población de estos asentamientos se presentan en el cuadro I.

Respecto al tamaño de la muestra, el número estimado en San Cristóbal fue de 678 mujeres en edad fértil; sin embargo, se logró entrevistar a 534 para una tasa de no-respuesta de 21.2%, superior a lo estimado (15.0%). Lo anterior se debió a que en algunas de las colonias seleccionadas aleatoriamente habitan personas y grupos que rechazan cualquier intervención gubernamental, principalmente conformada por personas indígenas (51.5% del total de las colonias urbanas marginales de San Cristóbal tienen una composición predominantemente indígena); la tasa de monolingüismo entre la población en esas colonias de San Cristóbal es de 40.9%. Muy probablemente esto último influyó de manera importante para el rechazo a la entrevista a pesar de que se les ofreció la participación de las guías y traductoras bilingües. Otras razones, percibidas por el grupo de campo, fue la existencia de grupos delictivos presentes en esos asentamientos, que se sienten amenazados por la presencia de entrevistadoras. En la ciudad de Tuxtla Gutiérrez, la tasa de no respuesta fue inferior al 5.0% (3.1% de la población total es de origen indígena), y debido a la irregularidad de los asentamientos se decidió realizar censos de población en las colonias seleccionadas (igual que en San Cristóbal); el número de entrevistas se incrementó en un 33.1%, para lograr un total de 1013 entrevistas a mujeres en edad fértil.

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

Para obtener la información fueron elaborados cuatro cuestionarios. Un cuestionario familiar que permitió obtener información sobre las características sociodemográficas de los grupos domésticos, incluyendo escolaridad, ocupación, sexo, edad, condición de unión y adscripción étnica. Asimismo, sobre características de las viviendas, de las actividades productivas realizadas por los miembros del grupo doméstico, de las características de la migración y de programas gubernamentales de apoyo a esta población. Los cuestionarios individuales fueron aplicados a mujeres de 15 a 49 años de edad y se dividieron, para facilitar la obtención de la información, en tres grupos: el cuestionario individual 1 dirigido a mujeres que reportaron que nunca habían tenido pareja o bien, que vivían en pareja pero que nunca se habían embarazado; el cuestionario individual 2 para mujeres que reportaron haber tenido hijos pero no en el último año, así como no estar embarazadas en el momento de la entrevista; el cuestionario individual 3, fue para mujeres recientemente embarazadas o embarazadas en el último año. En éste último se obtuvo información sobre morbilidad percibida durante

---

<sup>♦</sup> Los criterios para considerar a una mujer como indígena fueron los siguientes: que la lengua materna de la entrevistada fuera indígena; o que alguno de sus familiares hablara alguna lengua indígena (aunque la mujer entrevistada ya no la hablara), o que las propias mujeres se reconocieran como indígenas independientemente de la lengua. En los casos en los que se tenía alguna duda sobre la adscripción de la mujer entrevistada, se tomó como referente la localidad y municipio de nacimiento; en estos casos, se tomaron como indígenas las mujeres que habían nacido en comunidades cuya población es totalmente indígena o mayoritariamente indígena (más del 80% según datos censales).

el embarazo, así como las características de la atención prenatal. Este constituye la base de datos sobre la que se sustenta este análisis.

La morbilidad percibida se construyó sobre la base del reporte\* de síntomas y signos como dificultad o ardor para orinar (disuria), vómito, várices en miembros inferiores, flujo o comezón en genitales (flujo), hinchazón de cara, manos o pies (edema), dolor de cabeza (cefalea) y sangrado transvaginal. En el caso de anemia, y trastornos de la presión arterial se hizo referencia a morbilidad diagnosticada recientemente por personal médico. De acuerdo con la presencia o no y síntomas y signos presentados las mujeres fueron clasificadas de la siguiente manera: a) sin morbilidad, b) con morbilidad de riesgo (hipertensión arterial, edema, sangrado transvaginal) y, c) con otra morbilidad (disuria, vómito, flujo, anemia, várices en miembros inferiores, dolor abdominal e hipotensión arterial). La clasificación de edema, hipertensión arterial y sangrado transvaginal como morbilidad de riesgo corresponde a signos asociados con patología que con elevada frecuencia conducen a la muerte si no son atendidas oportunamente; entre ellas, la preeclampsia y la eclampsia (edema e hipertensión arterial), o bien a placenta previa, amenaza de aborto o parto pretérmino (sangrado transvaginal), entre otros. En el grupo de otra morbilidad se incluyeron signos y síntomas más inespecíficos pero que se presentan con cierta frecuencia durante el embarazo, aunque no ponen, en sí mismos, en riesgo la vida de las mujeres. Adicionalmente se indagó sobre el número de consultas prenatales recibidas por las mujeres y el tipo de agente que la proporcionó. El análisis se concentra en el grupo que presenta síntomas y signos compatibles con morbilidad de riesgo, algunos factores explicativos de su reporte por las mujeres y su relación con el número de consultas prenatales recibidas.

Los datos se capturaron en una base con el programa SPSS v.13.0 y el análisis fue realizado en este mismo programa. Se utilizaron estadísticos descriptivos como porcentajes y promedios, asimismo, se estimaron Razones de Momios e Intervalos de Confianza al 95%, estimándose los valores de Chi Cuadrada y de p para el análisis bivariado que relaciona las diversas características de las mujeres con la probabilidad de reportar morbilidad de riesgo. Posteriormente se realizó el análisis multivariado utilizando la regresión logística binomial para establecer el modelo explicativo de la percepción de morbilidad de riesgo versus sin morbilidad. Finalmente, para el análisis de la relación entre la morbilidad percibida (tres categorías) y el número de consultas prenatales, se utilizó el modelo de análisis de varianza de una vía y la comparación múltiple de la diferencia mínima significativa considerando como variable dependiente al número de consultas prenatales. Este último se presenta global y estratificado para mujeres mestizas e indígenas.

---

\* El reporte de morbilidad requiere de la visualización del síntoma y, por tanto, su identificación como tal – como manifestación de un proceso anormal-, por quien lo padece; de ahí su definición como morbilidad percibida. El reporte de morbilidad o morbilidad percibida es la base de la búsqueda de atención médica, así como del diagnóstico presuntivo que guía las acciones médicas en la interacción médico-paciente.

## Resultados

### Características socioeconómicas y reproductivas de la población en estudio

En lo que se refiere a la escolaridad, se registró una baja escolaridad tanto en mujeres indígenas como en las mestizas, aunque estas últimas registraron indicadores más favorables. Así mientras aproximadamente siete de cada diez mujeres indígenas cuenta con educación primaria o menos (71.8%), entre las mestizas fue de 52.3%. En contraparte, la proporción de mujeres con 10 años o más de estudios fue significativamente más elevada entre las mujeres mestizas (16.8%) que en las indígenas (2.6%). (cuadro II).

La distribución proporcional por edad de mujeres indígenas y mestizas es similar en los grupos de 15 a 19 y de 30 a 49 años, registrándose diferencias en el grupo de 20 a 29 años. Aproximadamente nueve de cada diez mujeres se encontraba unida (casada o en unión libre) en el momento de la entrevista (86.9% en las mujeres mestizas y 94.9% entre las indígenas). Las mujeres indígenas tienen más hijos que las mestizas; así, la proporción de mujeres que tienen 4 a 9 hijos es de 25.6% para la población indígena y 12.0% en las mestizas. El uso de métodos anticonceptivos alguna vez fue de 64.9% para las mujeres mestizas y 51.3% para las indígenas (cuadro II). En síntesis, no obstante que las mujeres mestizas e indígenas de los asentamientos urbanos marginales incluidos en el estudio comparten un mismo entorno socioeconómico, ambiental y de servicios de salud, las indígenas registran una menor escolaridad, un mayor porcentaje de unión actual, más hijos y una menor prevalencia de uso de métodos anticonceptivos. Queda por verse si existen diferencias en la morbilidad reportada y en la búsqueda de atención prenatal entre ambos grupos de mujeres, así como el efecto de la desventaja indígena en la escolaridad sobre la morbilidad reportada y el número de consultas prenatales.

### Morbilidad percibida

Entre las 230 mujeres embarazadas recientemente, 14.3% no reportó morbilidad alguna, pero este porcentaje fue significativamente mayor en mujeres indígenas (27.8%) que en mujeres mestizas (10.6%) (RM=3.60;  $\chi^2_{mv}=9.9$ ; p=0.002). La prevalencia de morbilidad de riesgo entre mujeres recientemente embarazadas fue de 48.2%; es decir, casi la mitad de las mujeres entrevistadas reportaron uno o más de los síntomas y signos asociados a morbilidad de riesgo: 54.5% entre las mestizas y 25.0% entre las indígenas (RM=4.95;  $\chi^2_{mv}=9.5$ ; p=0.002) (cuadro III).

En relación a los signos y síntomas específicos, casi todos ellos fueron más frecuentes entre la población mestiza que en la indígena, tanto en el grupo de otra morbilidad como de morbilidad de riesgo, independientemente de que hubieran sido o no diagnosticados por personal médico (cuadro II).

El análisis bivariado (cuadro IV), evidenció una relación significativa entre la percepción de morbilidad y el asentamiento, siendo más frecuente en la población de Tuxtla Gutiérrez, donde la mayoría de sus habitantes son mestizos ( $\chi^2_{mv}=5.86$ ; p=0.053). También fue significativa la relación entre percepción de morbilidad y la escolaridad

( $\chi^2_{mv}=13.70$ ;  $p=0.008$ ); el parentesco (donde las hijas sobrinas, cuñadas, nietas, hermanas y nueras reportan una mayor morbilidad) ( $\chi^2_{mv}=13.05$ ;  $p=0.04$ ); y el uso de métodos anticonceptivos ( $\chi^2_{mv}=9.59$ ;  $p=0.008$ ). El número de hijos, el tener un trabajo remunerado, la edad y la condición de unión, no se asociaron significativamente al reporte de morbilidad durante el embarazo.

El análisis multivariado (cuadro V), muestra que la mayor percepción de riesgo está asociada a tres de los factores mencionados previamente: la condición de ser una mujer mestiza, el haber usado métodos anticonceptivos, y a la escolaridad. Las mujeres mestizas tienen 4 veces más probabilidad de percibir y reportar este tipo de morbilidad que las mujeres indígenas, mientras que quienes han utilizado métodos anticonceptivos registran 2.8 veces más la morbilidad de riesgo, respecto a quienes no los han utilizado. La escolaridad, si bien contribuye al modelo explicativo, no muestra una asociación clara con el reporte de morbilidad de riesgo.

Ahora bien, ¿cómo influye el reporte de morbilidad de riesgo en el número de consultas prenatales recibidas? Los resultados documentan que existe una asociación del número de consultas recibidas durante el embarazo con la percepción de la morbilidad de riesgo, de manera que quienes reportan morbilidad de riesgo, tienen en promedio un mayor número de consultas prenatales. Y esto se observa tanto en la población mestiza, como en la indígena. Lo anterior, no obstante que el promedio de consultas recibidas es menor entre la población indígena (2.67) que en la mestiza (5.03). (cuadro VI)

Considerando ambos grupos étnicos, quienes no reportaron morbilidad alguna registraron en promedio 2.48 consultas prenatales, mientras que las mujeres incluidas en el grupo de percepción de riesgo, el promedio de consultas recibidas durante el embarazo fue de 5.46, lo que sugiere que los servicios de salud se utilizan más para resolver problemas, que para el control preventivo. Las diferencias fueron estadísticamente significativas al comparar ambos grupos ( $F=7.05$ ;  $p=0.001$ ) (cuadro VI). Lo mismo puede observarse en el interior de la población mestiza ( $F=3.67$ ;  $p=0.027$ ) y la población indígena ( $F=2.26$ ;  $p=0.120$ ). Al comparar al grupo de otra morbilidad contra el grupo de morbilidad de riesgo, si bien se registró un mayor número de consultas en este último grupo, las diferencias no fueron significativas. (cuadro VI)

Finalmente, cabe destacar el hecho de que más de la mitad de las mujeres que acudieron a recibir atención prenatal con personal médico, también acudieron con parteras (62.4%). Al respecto se observó que un elevado porcentaje de quienes reportaron morbilidad de riesgo y recibieron atención médica prenatal, dijeron haber acudido también con parteras, tanto entre la población mestiza como indígena. (cuadro VII)



## Discusión

Un número elevado de mujeres (87.0%) reportaron alguna morbilidad durante el embarazo, siendo significativamente más elevado entre la población mestiza (93.5%) que entre las mujeres indígenas (74.3%). Estas cifras son superiores a las documentadas en otro estudio realizado en la región Fronteriza de Chiapas, en el que el reporte de problemas de salud durante el último embarazo fue de 18.2% y la cifra más alta registrada fue de 25.6% (entre mujeres urbanas de muy alta marginación).<sup>29</sup> La discrepancia en las cifras de morbilidad percibida entre estos dos estudios puede deberse a la metodología empleada, ya que las cifras tienden a variar de un estudio a otro cuando se trata de morbilidad percibida.<sup>30</sup> Al respecto, en este trabajo la indagación sobre morbilidad se hizo con base en signos y síntomas específicos, además de que se tomó como referencia de la morbilidad reportada un periodo de tiempo más corto (mujeres embarazadas en el momento de la entrevista o en el año previo a la misma), lo que probablemente permitió una mejor captación de morbilidad durante el embarazo.

Por otra parte, la diferencia en la morbilidad percibida durante el embarazo en distintos subgrupos de mujeres ha sido documentada en el estudio señalado anteriormente y en otros.<sup>1,6,11,28,29</sup> Los resultados de este trabajo, evidencian, que las diferencias en el reporte de morbilidad en mujeres indígenas y mestizas no son solamente globales como se señaló anteriormente, sino que se acentúan claramente cuando se trata de morbilidad de riesgo que es reportada por el 55.8% de las mujeres mestizas en comparación con el 25.6% de las indígenas.

La mayor frecuencia de morbilidad reportada entre mujeres mestizas en prácticamente todos los signos y síntomas indagados, independientemente de su diagnóstico por personal médico, sugieren que las diferencias registradas entre indígenas y mestizas no se deben a un sesgo de información relacionado con el diagnóstico médico y la mayor frecuencia de atención prenatal entre mujeres mestizas. Esto tiene importantes implicaciones relativas al incremento de riesgo de muerte materna entre las mujeres indígenas documentado previamente: ¿los datos son indicativos de una diferencia real en la morbilidad entre un grupo y otro? O más bien ¿se debe a una menor percepción y reporte de la morbilidad en algunos subgrupos de la población? Si es así, ¿cómo puede explicarse este menor reporte de morbilidad? ¿Cuáles son sus implicaciones para lograr una atención adecuada y oportuna?

Los factores asociados a la percepción y reporte de morbilidad de riesgo, tanto en el análisis bivariado como multivariado son: ser de condición mestiza, el uso de métodos anticonceptivos y la escolaridad; estas remiten a una explicación relacionada con la familiaridad de las mujeres con los servicios de salud y sus programas, y con ello, con el conocimiento médico que permite reconocer la morbilidad durante el embarazo. La percepción de algún síntoma o signo “patológico” por parte de las mujeres requiere de un conocimiento mínimo sobre el proceso del embarazo y de lo que se considera “anormal” desde la medicina occidental. Los síntomas y signos y su integración en entidades nosológicas son una construcción conceptual derivada de la medicina occidental que de ninguna manera son universales, no obstante que con frecuencia se comete el error médico de suponer que cualquier persona puede reconocerlos y que, con base en este

reconocimiento, buscará atenderse en la medicina occidental para aliviarlos, hecho que no sucede con las mujeres indígenas incluidas en este estudio. Es probable, que sin este conocimiento, aun cuando las mujeres percibieran algún signo como edema por ejemplo, e inclusive se presente sangrado transvaginal, esto sea considerado por las mujeres o como un problema leve que no requiere atención médica o como una manifestación normal del proceso del embarazo y, por tanto, no se preste atención a ellos, resultado en un subregistro en el reporte y en una menor probabilidad de buscar atención médica.

Adicionalmente, una explicación fundamentada en diferencias reales en la presencia de signos y síntomas durante el embarazo entre mujeres indígenas y mestizas, mismas que, por otra parte, comparten similares condiciones de acceso a los servicios de salud y ambientales, es poco probable. En todo caso, las mujeres indígenas que tienen una desventaja socioeconómica frente a las mestizas, podrían presentar una mayor patología durante el embarazo, no una menor frecuencia de morbilidad como la reportada previamente. De ahí que la explicación más plausible sea la relativa a diferencias en la percepción de morbilidad.

En estos asentamientos de Chiapas, los servicios de salud son ofrecidos a la población bajo programas homogéneos, estándares, en español, y no existe ninguna estrategia particular de acercamiento a la población indígena, pese a la existencia de unidades médicas de primero y segundo niveles, relativamente cercanas. En este sentido cabe cuestionar las supuestas ventajas que tienen las mujeres urbanas marginales frente a las rurales, en lo que respecta a los servicios médicos disponibles, sobre todo, si se toma en cuenta la composición indígena de la población como la registrada en este estudio, misma que, como se ha señalado, frente a una menor percepción de morbilidad, disminuye la probabilidad de su utilización. Los hallazgos de este trabajo, también cuestionan la existencia de barreras de acceso geográfico por la lejanía de las unidades médicas, reportadas en otros trabajos.<sup>1,13,14,16,19</sup> En las mujeres incluidas en el estudio, el 79.1% hizo por lo menos una visita a alguna unidad médica durante su embarazo (65.7% y 86.2% para indígenas y mestizas, respectivamente); 81.3% de ellas, a unidades médicas del Sector Salud (44.0% a unidades de primer nivel de atención y 37.3% a hospitales) y 18.7% a consultorios privados y a consultorios de Organizaciones no Gubernamentales (ONG's) que tienen una importante presencia en las áreas urbanas marginales, especialmente en la ciudad de San Cristóbal de Las Casas. Los servicios médicos prenatales que ofrecen las instituciones del Sector Salud son muy importantes, tanto por la magnitud de la demanda de la atención prenatal por las mujeres, como por el hecho de que 90.1% de ellas recibió sus consultas prenatales siempre en el mismo lugar, sugiriendo la existencia de un seguimiento del embarazo por parte de esas instituciones. Adicionalmente, 87.8% de las mujeres refirieron que la atención brindada en las unidades médicas fue buena y 4.4% la reportó como regular. El 7.8% de las mujeres dijo haber sido tratada mal por el personal médico, lo cual es inaceptable, pero fue similar en mujeres indígenas (8.7%) y mestizas (7.1%).

Es importante señalar, que una vez que las mujeres perciben la morbilidad en general y, en particular de riesgo, se incrementa significativamente el número de consultas recibidas, tanto por médicos como por parteras, independientemente de su adscripción étnica, su escolaridad o la distancia que tengan que recorrer para recibirla.

La percepción de morbilidad de riesgo, es un factor crítico de la búsqueda o no de atención prenatal, lo cual ha sido documentado también en África<sup>19</sup> donde se aplica la estrategia de Enfoque de Riesgo (Risk Approach) para disminuir la muerte materna.

Las implicaciones de estos resultados en términos de las estrategias a seguir para disminuir el efecto de la desventaja étnica y del menor contacto de las mujeres indígenas con los servicios de salud son, en primer lugar, la necesidad de establecer una estrategia de comunicación, información y capacitación de las mujeres, especialmente las indígenas, sobre los signos y síntomas que deben ser motivo de atención durante el embarazo, lo que puede ser realizado tanto por el personal de salud como por las parteras de estos asentamientos, mismas que, por el elevado número de mujeres embarazadas que acuden a ellas, se constituyen en agentes claves de esta estrategia. Además, debe brindarse a las mujeres y a las parteras información sobre la existencia de programas de atención prenatal y del parto, gratuitos, en las clínicas y hospitales cercanos. Lo anterior, bajo un formato adecuado, de calidad, en su idioma, lo cual resulta fundamental por las elevadas tasas de monolingüismo Tzeltal y Tzotzil registradas en esta población. Paralelamente, es necesario establecer un programa de búsqueda activa de mujeres embarazadas por parte del personal médico de las unidades de salud cercanas o de las parteras capacitadas, para hacer un seguimiento que garantice la atención oportuna en caso de alguna complicación del embarazo. Finalmente, resulta fundamental, en el ámbito clínico, insistir, de acuerdo con los protocolos existentes, en la realización de exámenes físicos e interrogatorio de signos y síntomas exhaustivo, especialmente entre las mujeres indígenas, para evitar el subregistro de morbilidad de riesgo no percibida por ellas como tal.

Los hallazgos de este estudio concuerdan con los planteamientos de algunos investigadores<sup>2,6,19</sup> acerca de la importancia de la percepción de la morbilidad de riesgo por parte de las mujeres y su relación con la atención prenatal. Asimismo, destacan la urgencia de modificar la operación del programa de salud reproductiva en el sentido de instrumentar estrategias para proporcionar información adecuada y suficiente así como una atención médica integral desde el embarazo hasta el puerperio con base en un acercamiento activo, con responsabilidad del personal de salud frente a las mujeres marginadas.

## **Agradecimientos**

El proyecto Evaluación integral de las políticas públicas en salud reproductiva en Chiapas. Elementos para la planeación estratégica en salud, que sustenta el presente análisis, fue financiado con Fondos Mixtos del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, a través del Consejo Estatal de Ciencia y Tecnología de Chiapas (Clave CHIS-2002-C01-5393). Agradecemos, asimismo, a la Secretaría de Salud del estado de Chiapas por su apoyo para la realización de este proyecto.

## Referencias

1. Martínez González L, Reyes Frausto S, García Peña M. Utilización adecuada de la atención prenatal en el Instituto Mexicano del Seguro Social. *Salud Pública Mex* 1996; 38:341-351.
2. Bobadilla JL. Quality of perinatal medical care in Mexico City. México: Instituto Nacional de Salud Pública, Serie Perspectivas en Salud Pública, 1988; 3:138-139.
3. Secretaría de Salud. Arranque parejo en la vida: Programa de acción, 2002.
4. Secretaría de Salud. Programa de acción: Salud Reproductiva, 2001.
5. Ávila Burgos L, Cahuana Hurtado L, Pérez Núñez R. Gasto público nacional en atención materno infantil durante 2003: algunos resultados preliminares. *Género y Salud en Cifras* 2005; 3:7-9
6. Mendoza Flores ME, Sánchez Jiménez B, García Cardona M, Avila Rosas H. Morbilidad percibida y control prenatal. Estudio de Campo. *Perinatol Reprod Hum* 2002; 16:26-34.
7. Lozano A, Leal A, Gómez. Mortalidad Materna en Nuevo León durante 1984. Factores médico sociales. *Ginecol Obstet Mex* 1987; 55:119-127.
8. Berg CJ, Chang J, Callaghan WM, Whitehead SJ. Pregnancy-Related Mortality in the United States, 1991-1997. *Obstetrics & Gynecology* 2003; 101(2):289-296.
9. Aguilar-Barradas MR, Méndez Machado GF, Guevara- Arenas J, Caballero Leal LA. Mortalidad perinatal hospitalaria y su relación con la calidad de la atención de la atención prenatal. *Rev Med IMSS* 2005; 43(3):215-220
10. Rivera López T, Salas Ramírez M, Amato Martínez JD. Influence of prenatal control on maternal and perinatal morbidity/mortality in a 2nd-level hospital center. *Ginecol Obstet Mex* 1994 Jul;62:185-188.
11. Hernández B, Langer A, Romero M, Chirinos J. Factores asociados a la muerte materna hospitalaria en el estado de Morelos, México. *Salud Pública Mex* 1994; 36:521-528.
12. Norma Oficial Mexicana, para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido 1995. México, D.F.: Diario Oficial de la Federación, 1995
13. Nazar-Beutelspacher A.; Molina-Rosales, D.; Salvatierra Izaba, B.; Zapata-Martelo E.; Halperin-Frisch, D. Efecto de la desigualdad socioeconómica sobre la atención prenatal en la región Fronteriza de Chiapas, México. En: Tuñón-Pablos E., Coord. *Género y Salud en el Sureste de México, Volumen 2. ECOSUR-COESPO-UNFPA*, 1999: 13-30.
14. Sánchez Pérez HJ, Ochoa Díaz LH, García MM, Martín MM. Bienestar Social y Servicios de Salud en la Región Fraylesca de Chiapas: el uso de los servicios de atención prenatal. *Salud Pública Mex* 1997; 30:530- 538.

15. Beck LF, Morrow B, Lipscomb EL, Johnson CH, Rogers M, Gilbert BC. Prevalence of Selected Maternal Behaviors and Experiences, Pregnancy Risk Assessment Monitoring System (PRAMS) 1999. *Surveillance Summaries* 2002;1-26.
16. Chapman RR. Endangering safe motherhood in Mozambique: prenatal care as pregnancy risk. *Social Science & Medicine* 2003;355-374.
17. Bronfman M, Castro R, Zúñiga E, Miranda C, Oviedo J. Del “cuanto” al “por que”: la utilización de los servicios de salud desde la perspectiva de los usuarios. *Salud Pública Mex* 1997; 39:442 – 450.
18. Arredondo A., Meléndez V. Modelos Explicativos sobre la utilización de Servicios de Salud: Revisión y Análisis; *Salud Pública de Mex* 1992; 34(1): 36-49.
19. Dujardin B, Clarysee G, Criel B, De Brouwere V, Wangata N. The strategy of risk approach in antenatal care: Evaluation of the referral compliance. *Social Science & Medicine* 1995; 40:529–535.
20. Consejo Nacional de Población. Cuadernos de salud reproductiva. 1ª. ed. México D.F. 2000.
21. Cantoral A, Nazar A. La muerte materna en Chiapas. La atención del parto y el puerperio. *ECOFRONTERAS* 2004; 22:33–38.
22. Brentlinger EP, Sanchez HJ., Cedeño MA, Vargas MG, Hernán AM, Micek A. M., Ford D. Pregnancy outcomes, site of delivery, and community schisms in regions affected by the armed conflict in Chiapas, Mexico. *Social Science & Medicine* 2005; 61:1001-1014.
23. Base de datos del Departamento de Epidemiología del Instituto de Salud del Estado de Chiapas 2005.
24. Instituto de la Mujer. Plan de igualdad de oportunidades para las mujeres en Chiapas. 2da edición. Chiapas, 2004.
25. Consejo Nacional de Población. Cuadernos de salud reproductiva de México; (CONAPO) México D.F. 2000.
26. Sánchez Pérez HJ., Ochoa Díaz L.H, Navarro GA, Martín MM. La atención del parto en Chiapas, México: ¿dónde y quién los atiende? *Salud Pública Mex* 1998; 40:494-502.
27. Consejo Estatal de Población del estado de Chiapas. Base de datos del COESPO, 2000.
28. Garza-Elizondo ME, Rodríguez-Casas MS, Villarreal-Rios E, Salinas-Martínez AM, Núñez-Rocha GM. Patrón de uso de los servicios de atención prenatal, parto y puerperio en una institución de seguridad social mexicana. *Rev Esp Salud Pública* 2003; 77:267-274.
29. Kroeger A. Health Interview Surveys in Developing Countries: A review of the Methods and Results. *International Journal of Epidemiology*, 1983; 12:465-481.

30. Estudillo Becerra ML, Sánchez Pérez HJ, Ochoa Díaz-López H, Freyermuth Enciso G, Flores Hernández JA, Martín-Mateo M. La salud y el uso de los servicios de salud por las mujeres de las áreas urbana y rural en las zonas de alta y muy alta marginación socioeconómica de la región Fronteriza de Chiapas. *Estudios Demográficos y Urbanos*, 2005; 20(2):309-339.
31. Paniagua Coello, Mario Aurelio. Expansión e irregularidades del suelo urbano en San Cristóbal de las Casas. Tesis de Maestría en Estudios Regionales con Especialidad en Desarrollo Urbano, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad Autónoma de Chiapas, 2001.
32. Andrade Martínez, Víctor Hugo. Mercado ilegal del suelo en Tuxtla Gutiérrez. Tesis de Maestría en Estudios del Desarrollo Urbano, Facultad de Arquitectura, Universidad Autónoma de Chiapas, 2002.

**Cuadro I. Muestra de población por ciudad. Áreas marginales urbanas de Chiapas, México**

Contexto Socio-cultural	Número de colonias incluidas en la muestra	Número de habitantes (datos muestrales)			Población indígena	Número de mujeres en edad fértil 15-49 años			Mujeres alguna vez unidas n			Mujeres unidas en el momento de la entrevista n			Mujeres embarazadas en el último año n		
		H	M	T		I	Me	T	I	Me	T	I	Me	T	I	Me	T
		San Cristóbal de Las Casas	5	886		943	1829	889	501	423	924	177	109	286	123	81	204
Tuxtla Gutiérrez	10	1748	1804	3552	76	58	1863	1921	22	649	671	11	421	432	9	179	188
<b>TOTAL</b>	<b>15</b>	<b>2634</b>	<b>2747</b>	<b>5381</b>	<b>965</b>	<b>559</b>	<b>2286</b>	<b>2850</b>	<b>199</b>	<b>758</b>	<b>957</b>	<b>134</b>	<b>502</b>	<b>636</b>	<b>44</b>	<b>197</b>	<b>241</b>

Fuente: Elaboración propia con base en la encuesta Evaluación integral de las políticas públicas en salud reproductiva en Chiapas. Elementos para la planeación estratégica en salud (EIPPSREP-2003). ECOSUR.

H= hombres

I= indígenas

M= mujeres

Me= mestizas

T= total

**Cuadro II. Percepción de morbilidad de riesgo en mujeres embarazadas en el último año, según diversas variables explicativas. Áreas marginales urbanas de Chiapas, México**

Variables	Distribución de la población según diversas características por etnia		
	Indígena n=39 %	Mestiza n=191 %	Total n=230 %
<b>Ciudad</b>			
Tuxtla Gutiérrez	20.5	92.1	80.0
San Cristóbal de Las Casas	79.5	7.9	20.0
Total	100.0	100.0	100.0
<b>Edad (mujeres de 15 a 49 años)</b>			
15 a 19 años	18.0	15.7	16.1
20 a 29 años	41.0	62.3	58.7
30 a 49 años	41.0	22.0	25.2
Total	100.0	100.0	100.0
<b>Escolaridad</b>			
0 a 6 años	71.8	52.3	55.7
7 a 9 años	25.6	30.9	30.0
10 y más años	2.6	16.8	14.3
Total	100.0	100.0	100.0
<b>Condición de unión</b>			
No unidas	5.1	13.1	11.7
Unidas	94.9	86.9	88.3
Total	100.0	100.0	100.0
<b>Parentesco (respecto al jefe/a de familia)</b>			
Esposa	84.6	71.2	73.4
Jefa	7.7	9.9	9.6
Hija	2.6	11.0	9.6
Hija	5.1	7.9	7.4
Otra (nuera, cuñada, sobrina, nieta, hermana)	100.0	100.0	100.0
Total			
<b>Trabajo remunerado</b>			
Sí	33.3	24.1	25.7
No	66.7	75.9	74.3
Total	100.0	100.0	100.0
<b>Número de hijos</b>			
0 a 1	23.1	41.4	38.3
2 a 3 hijos	51.3	46.6	47.4
4 a 9 hijos	25.6	12.0	14.3
Total	100.0	100.0	100.0
<b>Uso de métodos anticonceptivos (alguna vez)</b>			
Sí	51.3	64.9	62.6
No	48.7	35.1	37.4
Total	100.0	100.0	100.0



**Cuadro III. Prevalencia de signos y síntomas reportados por mujeres embarazadas, indígenas y mestizas, en el último año. Áreas marginales urbanas de Chiapas, México**

Morbilidad (si/no)	Indígenas (n=39) %	Mestizas (n=191) %	Total (n=230) %	OR; $\chi^2_{lr}$ ; valor de p (gl=1)
<b>MORBILIDAD DE RIESGO/¥</b>	<b>25.6</b>	<b>55.8</b>	<b>47.4</b>	<b>4.95; 9.50; 0.002**</b>
Edema en cara, miembros superiores o inferiores	17.9	36.6	33.5	2.65; 5.55; 0.01**
Sangrado transvaginal	7.7	14.1	13.0	1.98; 1.33; 0.25
Hipertensión arterial (diagnosticada por médico)	5.1	17.3	15.2	3.86; 4.58; 0.03**
<b>OTRA MORBILIDAD/¥</b>	<b>48.7</b>	<b>37.7</b>	<b>39.6</b>	<b>1.90; 1.83; 0.18</b>
Anemia (diagnosticada por médico)	12.8	20.9	19.6	1.80; 1.48; 0.23
Dolor abdominal				
Vómito intenso	35.9	38.2	37.8	1.11; 0.08; 0.79
Presión baja (diagnosticada por médico)	23.1	41.4	38.3	2.35; 4.86; 0.03**
Várices en miembros inferiores	12.8	22.0	20.4	1.92; 1.83; 0.18
Dolor, ardor o dificultad para orinar	17.9	15.2	15.7	0.82; 0.18; 0.67
Flujo o comezón en genitales	17.9	20.9	20.4	1.21; 0.18; 0.67
Cefalea				
Fiebre de 3 o + días de duración	17.9	31.4	29.1	2.10; 3.07; 0.08*
Gripe Tos	2.6	9.4	8.3	3.95; 2.57; 0.11*
Estreñimiento	10.3	15.7	14.8	1.63; 0.83; 0.36
Diarrea	43.6	48.2	47.4	1.20; 0.27; 0.60
	12.8	15.7	15.2	1.27; 0.22; 0.64
	10.3	6.3	7.0	0.59; 0.72; 0.40
<b>SIN MORBILIDAD(¥)</b>	<b>27.8</b>	<b>10.6</b>	<b>14.3</b>	<b>¥ = valor de referencia</b>

\*Marginalmente significativa.

\*\* Muy significativa.

Fuente: Elaboración propia con base en la encuesta Evaluación integral de las políticas públicas en salud reproductiva en Chiapas. Elementos para la planeación estratégica en salud (EIPPSREP-2003). ECOSUR.

**Cuadro IV. Percepción de morbilidad de riesgo en mujeres embarazadas en el último año, según diversas variables explicativas. Áreas marginales urbanas de Chiapas.**

Variables	Percepción de morbilidad				X <sup>2</sup> (df)	P
	n (100%)	%				
		De riesgo	Otra	Ninguna		
<b>Ciudad</b>						
Tuxtla Gutiérrez	184	50.0	39.7	10.3	5.86 (2 df)	0.053
San Cristóbal de Las Casas	46	37.0	39.1	23.9		
Total	230					
<b>Edad (mujeres de 15 a 49 años)</b>						
15 a 19 años	37	35.1	54.1	10.8	5.08 (4 df)	0.28
20 a 29 años	135	48.1	39.3	12.6		
30 a 49 años	58	53.4	31.1	15.5		
Total	230					
<b>Escolaridad</b>						
0 a 6 años	128	50.0	31.1	18.7	13.70 (4 df)	0.008
7 a 9 años	69	42.0	52.2	5.8		
10 y más años	33	48.5	45.5	6.0		
Total	230					
<b>Condición de unión</b>						
No unidas	27	55.6	33.3	11.1	0.82 (2 df)	0.67
Unidas	203	46.3	40.4	13.3		
Total	230					
<b>Parentesco (respecto al jefe/a de familia)</b>						
Esposa	169	46.7	40.2	13.1	13.05 (6 df)	0.04
Jefa	22	59.1	31.8	9.1		
Hija	22	50.0	22.7	27.3		
Otra (nuera, cuñada, sobrina, nieta, hermana)	17	35.3	64.7	0.0		
Total	230					
<b>Trabajo remunerado</b>						
Sí	59	52.5	35.6	11.9	0.85 (2 df)	0.66
No	171	45.6	40.9	13.5		
Total	230					
<b>Número de hijos</b>						
0 a 1	88	44.3	40.9	14.8	2.12 (4 df)	0.71
2 a 3 hijos	109	50.5	39.4	10.1		
4 a 9 hijos	33	45.5	36.4	18.1		
Total	230					
<b>Uso de métodos anticonceptivos (alguna vez)</b>						
Sí	144	50.0	42.4	7.6	9.59 (2 df)	0.008
No	86	43.0	34.9	22.1		
Total	230					

**Cuadro V. Modelo de regresión logística binomial para explicar el reporte de morbilidad de riesgo (morbilidad de riesgo versus sin morbilidad). Áreas marginales urbanas de chiapas.**

Variante	Coficiente	Error estándar	Wald test	df	p	Razón de Momios ajustada (Intervalos de Confianza al 95%)
Etnia (mestiza/indígena)	1.397	0.525	7.084	1	0.008	4.04 (1.44 - 11.31)
Uso de métodos anticonceptivos alguna vez (sí/no)	1.027	0.444	5.356	1	0.021	2.79 (1.17 - 6.67)
Escolaridad (0 a 6 años/7 y más)	- 0.691	0.515	1.804	1	0.179	0.50 (0.18 - 1.37)

-2 Log Likelihood final = 58.5; Chi Square= 30.2; df=6; p value= 0.000; Pseudo R-square Cox and Snell 0.123.

Fuente: Elaboración propia con base en la encuesta Evaluación integral de las políticas públicas en salud reproductiva en Chiapas. Elementos para la planeación estratégica en salud (EIPPSREP-2003). ECOSUR.

**Cuadro VI. Análisis de varianza de una vía para explicar las diferencias en el número de consultas prenatales recibidas según la percepción de morbilidad de riesgo. Áreas marginales urbanas de chiapas.**

Categorías de morbilidad percibida	n	Promedio de consultas (IC <sub>95%</sub> )	Desviación estándar	F combinado	Valor de p	Comparación múltiple LSD (significancia estadística)
<b>GLOBAL*</b>						
1. Sin morbilidad	25	2.48 (0.99-3.97)	3.61			1 vs 2: 0.038
2. Otra morbilidad	88	4.26 (3.57-4.95)	3.27			1 vs 3: 0.000
3. Morbilidad de riesgo	106	5.46 (4.66-6.27)	4.18	7.05	0.001	2 vs 3: 0.028
Total	219*	4.64 (4.12-5.16)	3.88			
<b>MESTIZAS**</b>						
1. Sin morbilidad	17	3.00 (0.85-5.15)	4.18			1 vs 2: 0.114
2. Otra morbilidad	70	4.69 (3.91-5.46)	3.26			1 vs 3: 0.012
3. Morbilidad de riesgo	96	5.64 (4.76-6.51)	4.31	3.67	0.027	2 vs 3: 0.126
Total	183**	5.03 (4.45-5.61)	3.99			
<b>INDÍGENAS***</b>						
1. Sin morbilidad	8	1.38 (0.04-2.71)	1.60			1 vs 2: 0.236
2. Otra morbilidad	18	2.61 (1.22-4.00)	2.79			1 vs 3: 0.042
3. Morbilidad de riesgo	10	3.80 (2.26-5.34)	2.15	2.26	0.120	2 vs 3: 0.220
Total	36***	2.67 (1.82-3.51)	2.50			

\*11 no respondieron; \*\* 8 no respondieron; \*\*\* 3 no respondieron.

\* Prueba de homogeneidad de varianza Levine= 0.51 (2/216 gl); valor de p= 0.600

\*\* Prueba de homogeneidad de varianza Levine= 0.42 (2/180 gl); valor de p= 0.658

\*\*\* Prueba de homogeneidad de varianza Levine= 4.116 (2/33 gl); valor de p= 0.025

Fuente: Elaboración propia con base en la encuesta Evaluación integral de las políticas públicas en salud reproductiva en Chiapas. Elementos para la planeación estratégica en salud (EIPPSREP-2003). ECOSUR.

**Cuadro VII. Atención prenatal por parteras entre mujeres que recibieron atención médica durante el embarazo, según categoría de morbilidad y etnia. Áreas marginales urbanas de chiapas.**

Categorías de morbilidad	Indígena n=25 %	Mestiza n=156 %	Total n=181 %
Sin morbilidad	40.0	66.7	57.1
Otra morbilidad	36.4	55.0	52.1
Morbilidad de riesgo	66.7	71.3	70.8
Total	48.0	71.3	62.4

Fuente: Elaboración propia con base en la encuesta Evaluación integral de las políticas públicas en salud reproductiva en Chiapas. Elementos para la planeación estratégica en salud (EIPPSREP-2003). ECOSUR.