

UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE SALUD PUBLICA

**"PERFIL DE LAS MUERTES MATERNAS EN EL
DEPARTAMENTO DE PUNO-PERU"**

Aporte de los agentes voluntarios de salud 1999.

**TESIS PARA OPTAR AL TÍTULO DE MAGISTER EN SALUD PUBLICA CON
MENCION EN SALUD MATERNOINFANTIL**

AUTOR: ROCIO MABEL SARDON CUENTAS

PROFESOR GUÍA: ANA MARIA KAEMPFER

18 de MAYO 2007

DEDICADO

A mis queridos padres

Víctor y Sabina

Por su gran amor, apoyo y comprensión.

A mis hermanos:

Marcia, Vladich, Marianela y mi ahijada

*Verónica, por compartir con migo mis alegrías
y tristezas.*

AGRADECIMIENTOS

Mi sincero agradecimiento a:

- Prof. Ana María Kaempffer, quien hizo posible la culminación de la tesis por su gran apoyo, cariño y comprensión.
- Griselda Jincuña Quispe, quien me proporciono la información de las fichas epidemiológicas, necropsias legales y fichas de agentes comunitarios voluntarios de salud.
- Los Agentes Comunitarios Voluntarios de Salud que día a día contribuyen en la lucha por la disminución de la mortalidad materna en el departamento de Puno.

INDICE

I. INTRODUCCION	5
II. DEFINICION DEL PROBLEMA	8
III. MARCO TEORICO	9
A. ANTECEDENTES GENERALES	9
B. AMERICA LATINA Y EL CARIBE	14
C. SITUACION DE SALUD DEL PERU	17
D. DEPARTAMENTO DE PUNO	23
E. DESCRIPCIÓN DEL SISTEMA VE VIGILANCIA ACTIVA DEL DEPARTAMENTO DE PUNO	33
IV. OBJETIVOS	39
V. METODOLOGÍA	40
VARIABLES DEL ESTUDIO	40
VI. PRESENTACION Y ANÁLISIS DE RESULTADOS	45
VII. CONCLUSIONES	65
VIII. DISCUSION	70
IX. RECOMENDACIONES	73
X. ANEXOS	76
XI. BIBLIOGRAFIA	82

I. INTRODUCCIÓN

La tasa de mortalidad materna es un indicador muy sensible de las condiciones de salud de la mujer y del desarrollo social, el nivel de vida, y en especial, del acceso a recursos y servicios de buena calidad (34); dicha tasa esta compuesta por un numerador que contiene el número de mujeres que mueren por causas relacionadas con el embarazo el parto y el puerperio, de un área y periodo determinado, que usa como denominador el número registrado de nacidos vivos durante el período considerado y suele usar la cifra de 100,000 como factor de amplificación. (El subregistro se puede presentar tanto en el numerador como en el denominador alterando el verdadero valor de la tasa), (7).

Las diferencias de magnitud de este problema en el ámbito mundial de la salud, son enormes. De las 529 mil muertes maternas que ocurren al año, lo que supone una tasa de 400 defunciones maternas por 100,000 nacidos vivos, menos del uno por ciento de ellas ocurren en los países desarrollados, y más del 99 restante sucede en países en vías de desarrollo (eufemismo para los pobres en diferentes grados), (44). Las tasas más elevados se encuentran en el Africa (830), de los 20 países que presentan las tasas de mortalidad materna más elevadas, 19 se encuentran en el África subsahariana, las naciones del sur asiático (330), Oceanía (240), excluidos Australia y Nueva Zelandia; América latina y el caribe (190) y los países desarrollados, (8,20, 23,44).

La mortalidad materna en el Perú, constituye un problema de salud pública que no ha evidenciado disminución significativa en las últimas décadas, observándose en la actualidad una tasa de 183 por 100,000 nacidos vivos, lo cual coloca al país dentro de una de las tasas más altas de América latina y del mundo, con una gran variabilidad departamental, observándose departamentos con altas tasas de mortalidad en la Sierra, mediana en la Selva y bajas en la Costa. Las principales causas directas de muerte materna son; hemorragia (44%), hipertensión (20%), infecciones (12%), aborto (5%), parto obstruido (1%) y por causas indirectas; malaria, TBC (15%). El 50% de los decesos se produce dentro de las 24 horas post parto, 25% en el embarazo, 20% entre el 2 y 7 día post parto, 5% entre el 2da y 6ta semana post parto, (27,44). La situación se hace más crítica cuando se analiza el subregistro de mortalidad general cuyo promedio es de 50% se estima que con respecto de la mortalidad materna, ésta es más alta, (36). Este subregistro impide el análisis correcto de los factores determinantes para tomar decisiones oportunas en la atención de la salud materna y evitar la mortalidad. Además, la falta de datos completos, oportunos y confiables, es una limitación para el análisis y el empleo de información de las tasas de mortalidad materna y sus causas. La limitación de la información se debe a la identificación deficiente de las muertes maternas, la imprecisión con que se registran los datos del certificado de defunción y al subregistro de los partos ocurridos en el domicilio, (7).

El Departamento de Puno presenta una de las tasas más altas de mortalidad materna a nivel nacional 361 por 100,000 nacidos vivos, (30). Su geografía, comunidades en extrema pobreza y la fuerte presencia de la cultura Aymará y

Quechua que ha mantenido sus tradiciones culturales a lo largo de los siglos a pesar de las transformaciones ocurridas en el Perú y en el mundo, y especialmente el negarse a la atención de parto establecida según los moldes de la cultura norteamericana, y prevalecer los ritos, posiciones, penumbra y la presencia de familiares en el momento del parto, han contribuido a mantener las elevadas tasas de mortalidad en el departamento.

El registro de nacimientos y defunciones en el departamento de Puno es muy deficiente por lo que consiguientemente hace muy difícil medir a cabalidad un indicador demográfico tan importante como es la mortalidad materna; frente a esta situación, el sub programa de Salud Materno Perinatal del departamento de Puno, ha planteado como una de las estrategias para el conocimiento real de la magnitud de este problema y las causas que ha estas atañen, la conformación y propuesta en marcha de los comités de Estudio Comunales de Mortalidad Materna y de esta forma contribuir a un mejor conocimiento y registro de los casos, (13,14).

El propósito de este estudio es contribuir al conocimiento de la mortalidad materna a través del análisis de datos proporcionados por las fuentes formales de la red asistencial y aquellos aportados por los agentes comunitarios voluntarios de salud encargados de la vigilancia a nivel vecinal correspondiente al año 1999. Todo ello con el fin último de evitar muertes maternas que por definición, son evitables mediante acciones conocidas, validadas y ampliamente costo efectivas si se considera que una muerte materna no solo es la pérdida de un ser humano sino, repercute en la familia y comunidad.

II. DEFINICION DEL PROBLEMA

Trabajar en pro de la supervivencia y bienestar de las madres es un imperativo económico, así como moral social y de derechos humanos. El bienestar de los niños depende en gran medida del de sus madres y la supervivencia materna tienen efectos que repercuten fuera de la familia y propician la vitalidad económica de comunidades enteras.

Para explicar el problema del subregistro de mortalidad materna en el departamento de Puno es necesario determinar las razones por las que ocurre este fenómeno, es difícil determinar el registro debido a que con frecuencia las personas mueren fuera del sistema de salud. Por otra parte el registro incorrecto esta dado por que los trabajadores de la salud pueden no saber la verdadera causa de la muerte de una mujer o si la mujer estaba embarazada o había estado embarazada recientemente. Aun en los casos en que los trabajadores de la salud tienen conocimiento de estos hechos, no siempre los registran. A veces las muertes se clasifican intencionalmente de forma errónea, en particular cuando están relacionadas con abortos clandestinos. El sub registro de nacidos vivos en el Perú es elevado por que no se tienen medios reguladores para inscripción de recién nacidos en un periodo límite no existiendo sanciones fuertes ni incentivos para tener el registro exacto, Los métodos utilizados para calcular la tasa de mortalidad materna son con frecuencia complejos y muy costosos; para obtener estimaciones más exactas sería necesario realizar encuestas a grupos grandes de población. En el departamento de Puno no se han realizado estudios frente a este tema.

III. MARCO TEORICO

A. ANTECEDENTES GENERALES

Se define muerte materna como "La muerte de una mujer durante el embarazo o en los 42 días posteriores a la terminación del embarazo independientemente de su duración y lugar, debido a cualquier causa relacionada o agravada por el mismo o la atención recibida, pero no por causas accidentales o incidentales." (7).

Cuando se lanzó la Iniciativa por una Maternidad sin Riesgo en 1987, las muertes causadas por las complicaciones del embarazo y el parto eran un problema poco conocido. Diez años más tarde la prevención de estas muertes se ha convertido en una prioridad internacional y muchos países han hecho un significativo progreso en la expansión y mejoramiento de los servicios de salud materna. La iniciativa mundial se ha convertido en una singular agrupación de asociados de más de 100 países, integrada por gobiernos, agencias donantes y de cooperación técnica, organizaciones no gubernamentales y defensores de la salud de la mujer, cuyos socios están trabajando conjuntamente para proteger la salud y la vida de las mujeres, especialmente durante el embarazo y el parto, (4,33).

En algunos casos es difícil disponer de cifras exactas que reflejen la mortalidad materna, razón por la cual los países necesitan otras maneras más confiables y más costo-efectivas para medir su progreso en la meta de reducir la mortalidad

materna, por lo que resulta difícil juzgar cuanto se ha avanzado, y no existen pruebas de que en el plano mundial se haya logrado un progreso importante a pesar del mayor interés en todos los países, (6,32).

En la actualidad Los Estados Miembros de las Naciones Unidas consideran entre unas de sus prioridades la Salud de la Madre, considerando en el quinto objetivo del Desarrollo del Milenio de reducir la Mortalidad Materna en un 75% hacia el año 2015, planteando un reto de enormes proporciones, (43,44).

En el mundo ocurre cada año 200 millones de embarazos, 40% de estos tiene alguna complicación y aproximadamente el 15% de estos puede poner en riesgo su vida y demandar atención obstétrica de emergencia, (12); cerca de una tercera parte, unos 75 millones, son no deseados, se interrumpen en promedio 50 millones de los cuales 20 millones de estos abortos ocurren en condiciones de riesgo y el 95% que son realizados en condiciones inadecuadas ocurre en los países en desarrollo, ocasionando la muerte de por lo menos 200 mujeres diariamente, (3). La Organización Mundial de la Salud reconoce que los datos sobre el aborto en condiciones de riesgo son escasos y están sujetos a grandes márgenes de error, debido a las limitaciones metodológicas propias de las investigaciones relacionadas con el aborto, (38). Ocurren más de 50 millones de casos de problemas relacionados con la salud materna anualmente, por lo menos 300 millones de mujeres, más de un cuarto del total de la población femenina de los países en desarrollo sufren de enfermedades y lesiones de corto y largo plazo y afecciones relacionadas con la inadecuada asistencia médica durante el período de embarazo y post parto, entre las

complicaciones a largo plazo se encuentran: dolor crónico, movilidad limitada, deterioro del sistema reproductivo e infertilidad, (32). Es enorme el costo social y económico que estas discapacidades y muertes traen a las familias y comunidades, (9).

En muchos países el embarazo en la adolescencia es extremadamente común, cada año 15 millones de niños nacen de madres adolescentes. Estas jóvenes están expuestas a considerables riesgos de salud durante el embarazo y el parto. Las jóvenes entre los 15 a 19 años de edad corren un riesgo dos veces mayor de morir en el parto que las mujeres de 20 a 29 años, y en las menores de 15 años el riesgo de morir es 5 veces mayor, las complicaciones del mismo representan la principal causa de muerte entre las jóvenes de 15 a 19 años de edad en todo el mundo. (La Organización Mundial de la Salud define la adolescencia como el período de vida entre los 10 y 19 años), (10,32).

Existen millones de mujeres que no tienen acceso a servicios de buena calidad durante el embarazo y el parto, especialmente las mujeres pobres, sin educación o que viven en áreas rurales, (11). Pese a que la mayoría de las muertes maternas ocurren durante o poco después del parto. En los países en desarrollo 53% de los partos son atendidos por personal capacitado (Médico, Matrona). Cada año 60 millones de mujeres dan a luz con la ayuda de una partera tradicional no capacitada o la de un miembro de su familia o sin la ayuda de nadie, la mayoría de ellas no reciben atención postparto, en los países y regiones muy pobres tan solo 5% recibe dicha atención, en contraste

con los países desarrollados, donde los servicios para la salud materna son casi universales, (1, 32, 44).

En cualquier caso, se trata de una clara expresión de la violencia por omisión, entendida como una situación estructural de discriminación y de negación social al derecho de la Mujer al bienestar integral, (5, 34, 44).

La diferencias de magnitud de este problema en el ámbito mundial de la salud, es enorme. Cada minuto 380 mujeres se embarazan y de estas 190 enfrentan un embarazo no deseado, 110 mujeres sufren alguna complicación de salud relacionada con el embarazo, cada día mueren no menos de 1,600 mujeres por complicaciones durante el embarazo, el parto y puerperio y un total de 529,000 mujeres mueren cada año y contribuyen a la muerte de por lo menos 1,5 millones de recién nacidos en la primera semana de vida y de 1,4 millones de nacidos muertos, (4, 9).

Menos del uno por ciento de estas muertes ocurren en los países desarrollados, y más del 99 restante sucede en países en vías de desarrollo. Las disparidades entre regiones en materia de mortalidad materna son claras: Mientras que el riesgo de muerte de mujeres durante el embarazo y el parto está dado en una proporción de 1 en 1,800 en los países desarrollados, ésta es de 1 en 48 en países en desarrollo, 1 en 16 en África, 1 en 65 Asia y 1 en 130 en América latina y el Caribe, (8, 38, 44).

Un ejercicio comparativo de esta situación por países permite establecer enormes disparidades, como las dadas entre Suiza (1 en 8,700), en Bolivia (1 en 26) y Etiopía (1 en 9), (35,38).

En todo el mundo, casi las dos terceras partes de las defunciones derivadas de la maternidad se deben a cinco causas directas: Hemorragia, Parto Obstruido, Hipertensión inducida por el embarazo, Sepsis, Complicaciones del Aborto realizado en malas condiciones, (32). Por otra parte una proporción cada vez mayor se atribuye a causas indirectas y no obstétricas entre ellas tenemos: enfermedades infecciosas (VHI/SIDA, paludismo, tuberculosis, hepatitis), enfermedades crónicas (cardíacas, pulmonares y hepáticas), violencia de género y los múltiples problemas que enfrentan embarazadas en situaciones de emergencia, (43, 44).

B. MORTALIDAD EN AMERICA LATINA Y EL CARIBE

En los albores del siglo XXI, 15% de las madres gestantes en la Región sufrirán complicaciones potencialmente mortales durante el embarazo, parto y el puerperio, anualmente por lo menos 22,000 mujeres pierden la vida en las Américas por esta causa y que un número aún más elevado de mujeres padecen prolongadas secuelas de morbilidad con relación al embarazo, (36).

La Región de las Américas exhibe una de las mayores inequidades en cuanto a la mortalidad materna que en cualquier otra región del mundo. Una mujer nacida en América Latina tiene un riesgo de morir por complicaciones del embarazo parto y puerperio 1 en 160 durante toda la vida, en comparación con otra de América del Norte cuyo riesgo es de 1 en 3,500, o sea una diferencia 21 veces más alta, (35, 38).

Las tasas de mortalidad de los países de la Región fluctúan entre 5 y 523 defunciones por 100,000 nacidos vivos. La tasa de Haití la mayor de la Región es casi 100 veces más alta que la de Canadá, la más baja de la región. Además de amplias variaciones en las tasas registradas en los países, también hay grandes diferencias dentro de los mismos, (36, 38).

Las causas de defunción por causa materna en América Latina y el Caribe reflejan las tendencias mundiales; las causas obstétricas directas encontramos; por hemorragia (25%), sepsis (15%), aborto (13%), Eclampsia (12%), parto obstruido (12%) (38), representan el 70% del total las defunciones maternas. El

Aborto en condiciones inadecuadas sigue siendo una causa importante de defunción materna en muchos países, como Chile, donde represento 25% de la mortalidad materna en 1998. En otros países, como Argentina, Trinidad Tobago, Jamaica, más de 30% de las defunciones maternas se debieron a Aborto en 1998. Las repercusiones legales y religiosas complican aún más este asunto y, por ende, es posible que se subestime las defunciones por esta causa. Las causas indirectas representan el 20% del total de defunciones por causas maternas, que incluyen entre otras, accidentes, violencia doméstica, suicidio, malaria, SIDA, TBC, (36, 38, 43).

La mortalidad materna sigue siendo una de las principales causas de defunción de las mujeres adolescentes en los países en desarrollo, donde son comunes el aborto séptico y las complicaciones durante el parto. El riesgo de morir por causas relacionadas con el embarazo que tiene una adolescente en América latina es 50 veces mayor que el de su homóloga en los Estados Unidos de América, Las adolescentes menores de 20 años sufren más complicaciones del embarazo y el parto, como toxemia, anemia, parto prematuro, trabajo de parto prolongado, fístula vesicovaginal, traumatismo del cuello uterino y muerte, que quienes tienen hijos a la edad de 20 años y más, (36, 38).

En algunos países de América Latina y el Caribe (Guatemala, Honduras) más del 50% de los partos son atendidos por personal no calificado, en casa. Una tercera parte de las gestantes mueren en su hogar sin recibir atención alguna en una institución de salud. Cerca de la mitad de los partos que tienen lugar en los países en vía de desarrollo suceden en tales condiciones. La mayoría de

muertes maternas, además de innumerables casos de discapacidad de mujeres después del parto y, en consecuencia también, la muerte de millones de niños, podrían ser prevenidas con sólo garantizar atención básica integral a las madres antes, durante y después del embarazo, (36, 38).

La realidad en muchos países de la Región, es que prevalecen numerosas barreras de tipo económico, geográfico y cultural que impiden el acceso adecuado, oportuno y equitativo de las mujeres a servicios de salud con calidad, incluyendo la atención obstétrica esencial pese al compromiso consignado en diversos escenarios, subsiste un poderoso interrogante, (39, 44).

Las consecuencias de seguir permitiendo los actuales índices de mortalidad materna se evidencian en traumatismos en el nivel familiar, comunitario, laboral y económico de los países. No obstante, la salida de este problema está dada en un mayor y más efectivo compromiso de los Estados y la Sociedad Civil en consolidar un cambio de esta realidad, garantizando que el principio de Maternidad Segura se establezca como una constante. Para ello, es preciso involucrar a la comunidad entera en la transformación del ambiente familiar en favor de espacios en que la mujer y las decisiones que de ella provengan sean respetadas y valoradas, (31).

La negación que da lugar a altos índices de mortalidad y morbilidad materna constituye no sólo una afrenta a la dignidad de la mujer, sino que hace parte de un mosaico ampliamente identificado de discriminación sistemática e ilegal; según la opinión de Carol Bellamy, Directora Ejecutiva de la UNICEF, (42).

C. SITUACIÓN DE SALUD DEL PERU

El Perú se ubica en la parte Central y occidental de América del sur y tiene una extensión territorial de 1.285.216 Km² dividido en tres grandes Regiones naturales; la sierra, la costa y la selva. El Perú se define como un país pluricultural, intercultural y multiétnico. La Constitución de 1993 determinó la división de tipo departamental (24 departamentos subdivididos en 192 provincias y estas en 1.812 distritos, más una provincia constitucional), (35).

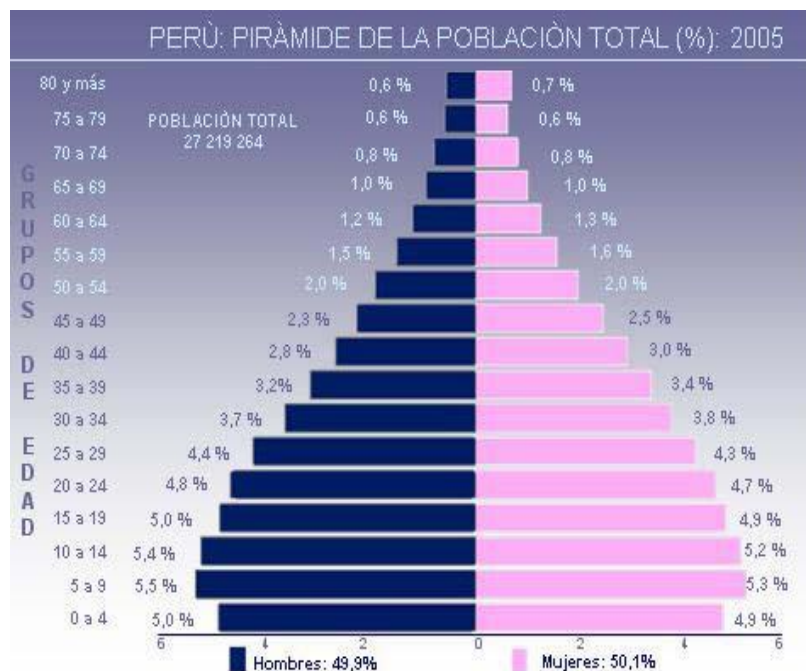
El crecimiento de la población peruana se muestra acelerado hasta fines de la década del 60, con una velocidad que duplica la población en el período 1940 - 1972, que pasa de 7 millones a 14; a partir de 1972 empieza a disminuir la tasa de crecimiento por efecto del descenso del nivel de la fecundidad que hasta finales de la década del 60 se mantenía estable, descenso que inicialmente se da dentro de un proceso de modernización, luego por acciones de política de población siendo la población total del Perú en el 2005 de 27.219.264 habitantes, (21, 29).



INEI: INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA DEL PERU 2006.

La Mayoría de la población (63.7%) vive en el área urbana; de estos el 52.8% en ciudades de 20 mil o más habitantes y 10.95% en localidades de 2mil a 19 mil habitantes. Sólo el 36.3% reside en el área rural, es decir en centros poblados con viviendas semicontiguas o dispersas. El 51.8% de la población rural se localiza en la región costa. Un 36.1% reside en la sierra y solo el 12.1% en la selva, (17).

La población del país es relativamente joven; el 35% tiene menos de 15 años, el 59% esta entre los 15 y 64 años el 6% con 65 años o más. En la composición por sexo el 50.1% son mujeres mientras que un 49.9% hombres, encontrando diferencia según el lugar de residencia, en las áreas urbanas hay más mujeres que hombres de cada 100 personas 51 de ellas son mujeres, en cambio en las áreas rurales el 51% son hombres, (17).



FUENTE: INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA DEL PERU 2006

Las mujeres en edad fértil (MEF), de 15 a 49 años de edad, constituyen el 25% de la población total y el 49% de la población femenina del país, (17).

En el país la media de estudios de hombres y mujeres de 6 años y más de edad es de 6.6 y 5.6 años respectivamente, la misma que entre 1996 y el 2000 se ha incrementado de manera diferencial en 0.6 y 0.1 años de estudios, en cada caso, como resultado la brecha de estudios entre hombres y mujeres se amplía de 0.5 años en 1996 a 1 año en el 2000, (17).

En el 20% de los hogares del país su jefatura está a cargo de una mujer, siendo esta mayor en el área urbana (21%) que en el área rural (16%), si bien en ambas áreas la mayoría de los hogares tiene entre 3 y 6 miembros y cerca de un 8% de los hogares tiene entre sus miembros al menos un menor de 15 años en calidad de adoptado, (17).

Del Total de MEF, el 5% no tienen nivel de educación, este porcentaje es inferior al observado en 1996 (6.2%). El 28.6% tiene educación primaria, el 44.6% algún año de secundaria y el 21.7% educación superior. En el área urbana 29 de cada 100 mujeres en edad reproductiva tienen educación superior versus 5 del área rural. En el área rural la proporción de mujeres analfabetas es de 21.7% mientras que en el área urbana apenas 3%, (17).

Del total de MEF, del Perú más de la mitad se encontraban trabajando (56.5%), el resto no trabaja, aunque una parte había trabajado en algún momento de los 12 meses anteriores de la entrevista, según la encuesta Demográfica de Salud

Familiar 2000, encambio en las áreas rurales el porcentaje de mujeres que trabajan aumenta (6°.3%), aunque es de suponer que gran parte de ellas se ocuparon en actividades agrícolas de tipo estacional, (17, 19).

El 49.8% de la población total se encontraba en situación de pobreza; los niños y los jóvenes son los más afectados, 7 de cada 10 niños en el país se encontraban en situación de pobreza y 1 de cada 2 jóvenes esta en la misma situación, las mujeres en edad reproductiva, una de cada 2 mujeres se encuentran en situación de pobreza y son mujeres con alta fecundidad y bajos niveles educativos que deben asumir la responsabilidad de conducir un hogar estos porcentajes están por encima del 60% en este grupo de edad, (18, 19, 20).

La tasa bruta de natalidad descendió de 35 nacimientos por 1.000 habitantes en 1980 a 26 por 1.000 en 1996. La tasa global de fecundidad (TGF), que hasta la década de los sesenta fue superior a los 6,5 hijos por mujer, disminuyó a 4,0 hijos por mujer en el año 1991, (30). La TGF se diferenciaba a nivel departamental: así mientras el Callao tenía la tasa más baja del país (2,2 hijos por mujer), Huancavelica y Apurímac tenían las más altas (6,5 y 5,9 respectivamente). Según la encuesta demográfica y de Salud Familiar (ENDES) de 1996 la TGF era de 3,5 hijos por mujer (2,8 en el área urbana, 5,6 en la rural y 2,5 en el área metropolitana de Lima); así mismo existía una amplia diferencia según el nivel educativo de la mujer: una TGF de 6,9, sin instrucción, 5,0 con instrucción primaria, 3,0 con instrucción secundaria y 2.1 con instrucción superior respectivamente, (17, 30).

La esperanza de vida aumentó de 53,6 a 66,3 años entre 1970 y 1993. En 1993 las diferenciales entre departamentos iban de 54,4 en Huancavelica a 77,1 en el Callao, y se mantuvieron a lo largo del tiempo, (39).

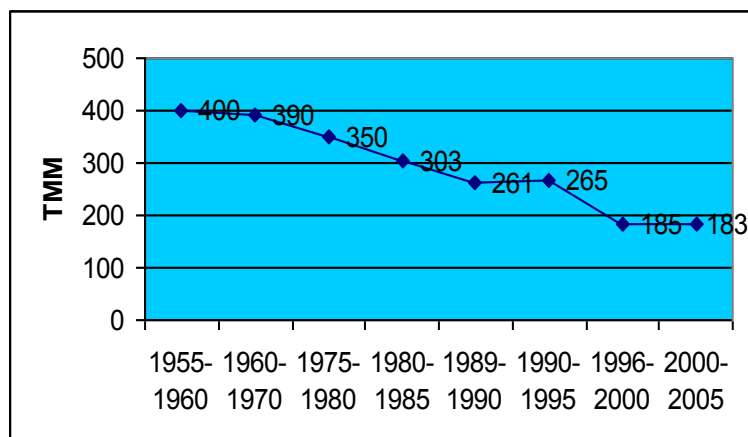
En los últimos tres años, se han intensificado los movimientos migratorios internos por el retorno de las poblaciones anteriormente desplazadas a los lugares de origen, como producto de la pacificación y la apertura de nuevas áreas agrícolas y mineras en algunas zonas de la Sierra y Selva. La emigración internacional ha aumentado en las últimas décadas, registrándose una pérdida de población de 36.000 personas en el período 1975-1980 y de 370.000 en el período de 1990 - 1995. Actualmente 1'733.439 peruanos residen en el extranjero formalmente. Este 0.6% de peruanos puede ser mayor si consideramos aquellos que migran de manera ilegal. Hoy en día en el Perú de cada 3 familias, 3 de sus miembros viven fuera del país, en sondeo de los habitantes de Lima Metropolitana, el 77% de ellos estarían dispuestos a vivir en el extranjero, (22).

Si bien la mortalidad general en el Perú ha disminuido en forma constante desde mediados del siglo XX, esta disminución no ha sido homogénea en todas las causas de muerte, tampoco en los diferentes grupos de edad y sexo ni en los diferentes estratos socioeconómicos; las principales causas de muerte en la población de 15 a 59 años de edad fueron las enfermedades transmisibles (19,9%), seguidas por los tumores (17,5%), enfermedades del sistema circulatorio (16%), las causas externas (10,6%) con una distribución diferenciada por estratos, (16, 25, 37, 38, 41).

El uso de métodos anticonceptivos se ha ido incrementado como lo demuestra ENDES 2004 a un 70,5% de las mujeres con algún tipo de unión, el 75.4% de las mujeres con educación superior utilizan algún método anticonceptivo, mientras que solo lo hacen 50,0% de las mujeres sin educación. El método más usado sigue siendo el del ritmo (18%), seguido por el dispositivo intrauterino (12,0%) y la esterilización femenina (10,0%), (20). La atención prenatal en el Perú se incremento del año 2002 al 2005 de un 84% a un 90%, el parto institucional aumentó de 59 a 70 por ciento en ese mismo periodo, (18, 30).

La tasa de mortalidad materna en la actualidad es de 183 por 100,000 nacidos vivos. Se estima que anualmente mueren alrededor de 1670 mujeres como consecuencia de las complicaciones del embarazo, parto y puerperio, (30). En el área urbana la tasa es de 200, y en el área rural 448 según ENDES 2004. La tasa de mortalidad materna es 10 veces mayor en las mujeres analfabetas que en las que tienen educación superior. Las principales causas directas de muerte materna son; hemorragia (44%), hipertensión (20%), infecciones (12%), aborto (5%), Parto Obstruido (1%) y por causas indirectas (malaria, TBC) 15%. El 50% de los decesos se produce dentro de las 24 horas post parto, 25% en el embarazo, 20% entre el 2 y 7 día post parto, 5% entre el 2da y 6ta semana post parto, (25, 26, 27, 29).

TENDENCIA DE LA MORTALIDAD MATERNA EN EL PERU



FUENTE: MINISTERIO DE SALUD DEL PERU 2006

D. DEPARTAMENTO DE PUNO

El Departamento de Puno, se encuentra ubicada en la parte Sur - Este del territorio peruano. Tiene una altura que fluctúa entre 1,400 en la parte más baja y 4,900 m. En las zonas más altas, presenta una superficie de 71,999 km². El relieve del Departamento de Puno es sumamente accidentado: la parte norte termina en valles interandinos formados por los contrafuertes de la cordillera de los Andes orientales, es la zona de ceja de selva con un clima semi tropical en una proporción del 20 %. La parte central y sur es la zona denominada Altiplano donde es ocupada por la mayor cantidad de habitantes agrupadas en mas de 1,800 comunidades indígenas, (15).

El Altiplano se encuentra en medio de la cordillera oriental y la cordillera occidental, entre ambas cordilleras hay una distancia de 200 a 300 Km.

Formado por una serie de planicies escalonadas, esta planicie andina intramontañosa, tiene una altura media de 3,800 m. Condicionado por los diferentes modos de expresión del relieve, solamente llegando a altitudes que sobrepasan los 4,000 m. se encuentra la aridez y las primeras nieves, (45).

En la parte sur del Altiplano y límite con Bolivia, se encuentra el gran Lago Titicaca de 8,500 km² de superficie a una altura de 3,812 m. y una profundidad máxima de 400 m. Una línea de sur a norte divide en dos partes, una para el Perú y otra para Bolivia. En las orillas del lago se encuentran muchos pueblos de un panorama hermoso y de un micro clima especial, (15).

La aridez del suelo en las alturas. Las inclemencias del clima como las bajas temperaturas en inviernos que alcanzan hasta -9° C, las continuas heladas, granizadas y la mucha o escasa lluvia, hacen de estas tierras altiplánicas un suelo de baja calidad, la población posee como recursos económicos cuatro a cinco hectáreas de tierra en promedio, en ese espacio la familia cultiva y pasta sus ganados, pero carece de acceso a las tecnologías y su producción no es suficiente para consumo familiar. En el Departamento de Puno se ubica el 33.7% de los distritos en extrema pobreza y el 73.5% de su población son pobres, (15).

La población en el Departamento de Puno, alcanza, de acuerdo al último censo y al informe del Instituto Nacional de Estadística, la cantidad de 1'185,714 habitantes, (hombres 582,586, mujeres 603,128) el área rural es ocupada por el 58,7% de la población y el área urbana por el 41,3%. La tasa de crecimiento

promedio llega al 1.2%, 74% de la población tiene acceso a agua potable y el 41% a saneamiento, el 79.2 % de la población es alfabeta, con predominio de la población infantil y juvenil que asciende al 47.35%, (14, 29). La tasa bruta de natalidad 26.5 por 1000 habitantes, tasa bruta de mortalidad general 10.1 por 1000 habitantes, tasa global de fecundidad 3.3 por mujer, la esperanza de vida al nacer 62.7 años, la cobertura de vacunación en niños menores de un año BCG 78.6%, Sarampión 100%, la cobertura de control prenatal 86%, atención del parto por personal capacitado 27.8%, uso de métodos anticonceptivos modernos 24.2%, otro método 61.2%, (30,40), el Ministerio de Salud trabaja en pro de la maternidad saludable con los programas Materno Perinatal, control de enfermedades transmisibles, detección y tratamiento precoz de TBC, control de niño sano, enfermedades diarreicas y respiratorias, se encuentra también cooperaciones internacionales como CARE internacional trabajando en los distritos de Huancane en pro de la disminución de la pobreza y la salud materna.

Históricamente estos pueblos del altiplano puneño surgieron teniendo como base el ayllu, organización socioeconómica pre-inca y tuvieron como lengua materna el quechua hablada en la parte norte del Departamento y el aymará en la parte sur límite con Bolivia y Chile, (15). Las costumbres ancestrales todavía subsisten en el altiplano, como por ejemplo;

- Hay un culto ancestral a la Madre Tierra o Mama Pacha como fuente de vida y paz, componente importante en la salud mental que induce a la

observación de la naturaleza pensamientos pacificadores y conformidad con el mundo.

- A los apachetas o espíritu de los cerros, en la curación de sus enfermedades por medio de las plantas medicinales, que crecen en ellos.
- A los yatiris o adivinos nativos, que alivian las enfermedades psicológicas y mentales.

Estas costumbres profundamente arraigadas en la cultura son una barrera importante para la aceptación de la medicina moderna a la que recurren solamente en el caso donde los recursos ancestrales no hayan producido cierto efecto esperado, produciéndose una consulta tardía.

Por otra parte con relación al embarazo y cuidado del parto y puerperio, también existe la costumbre ancestral de considerar el embarazo y el parto como hecho natural o fisiológicos que no requieren intervención o que no requieren necesariamente la intervención del personal de salud.

En las comunidades mas alejadas el parto generalmente se produce en chozas de barro y paja, que generalmente no contienen electricidad, agua, ni drenaje. Se acuestan en camas de barro sobre el piso de tierra, cubiertas con mantas descoloridas por el uso y lavadas especialmente para el parto en el río más cercano. Dentro de la casa habitación que consiste de una pieza grande sirve de cocina, comedor, dormitorio y granero, y puede estar llena de gente y animales. En el caso de surgir complicaciones durante el parto se trata de estimular a la madre con remedios caseros como infusiones calientes de

hierba, compresas hechas de plantas medicinales y ese tipo de cosas. A veces llaman al curandero,

Es costumbre que los abuelos paternos atiendan el parto del primer hijo para poder enseñarle al esposo cómo atender a su mujer, si el hombre no está allí cuando el parto comienza, cualquier mujer ayuda. Si la parturienta está sola, ella se hace cargo de sí misma e incluso se lava en el río.

Un conjunto de creencias mágico- religiosas también guían el proceso. Por ejemplo, durante cinco días después del parto, a la mujer no le está permitido acarrear agua, mojarse, comer comida con sal o usar un cuchillo.

El cordón umbilical se corta con un trozo de vidrio o algo cortante y se amarra con lana de origen animal. Los cuchillos ni tijeras no se usan porque ello alentaría al niño a ser violento. La ropa del bebé no se prepara antes de su nacimiento porque ello haría aparecer la muerte. La placenta se entierra en una pared de la casa con oraciones y ofrendas, se tienen mucho cuidado que no se derrame sangre en el suelo porque la mujer podría sufrir algún daño, al igual que si aquella placenta se tira a la basura o se la comen los perros.

Los pobladores no pueden explicar el origen de estas costumbres, pero hablan de ellas con temor supersticioso.

Es por esta razón estas barreras culturales que existen entre las concepciones de la medicina aymará y quechua con la occidental no han sido resueltas, existiendo al respecto una dualidad permanente.

El hecho de persistir practicas que a nuestro parecer son riesgosas pueden estar explicando la alta mortalidad materna del departamento de Puno y de otros que enfrentan una situación similar, muchas de ellas indígenas urbanos.

Las barreras de acceso organizacionales, geográficas, económicas y culturales a los servicios de salud, no han sufrido modificaciones sustanciales, además se podría minimizar o disminuir con esfuerzo educativo persistente y adecuado al tipo de población, sin embargo no solo existen fuertes barreras culturales si no que hay dificultades practicas de acceso geográfico económico y organizacional ya que no siempre los puestos de salud o servicios de salud cuentan con los recursos para satisfacer demanda específica del área obstétrica.

Un problema adicional surge de que el choque cultural entre el usuario y proveedor suele dificultar las relaciones interpersonales, insatisfactoria para ambos y limitar la solicitud de los servicios, aunque relativamente escasos no son utilizados a plenitud.

Actualmente la Dirección Regional de Salud de Puno cuenta con: 11 Hospitales, 85 Centros de Salud y 323 Puestos de Salud, (27, 28, 40).

Los recursos humanos con los que cuenta son:

- 4.8 Médicos por 10,000 habitantes
- 6.5 Enfermeras por 10,000 habitantes.
- 2.7 Obstetrices por 10,000 habitantes.

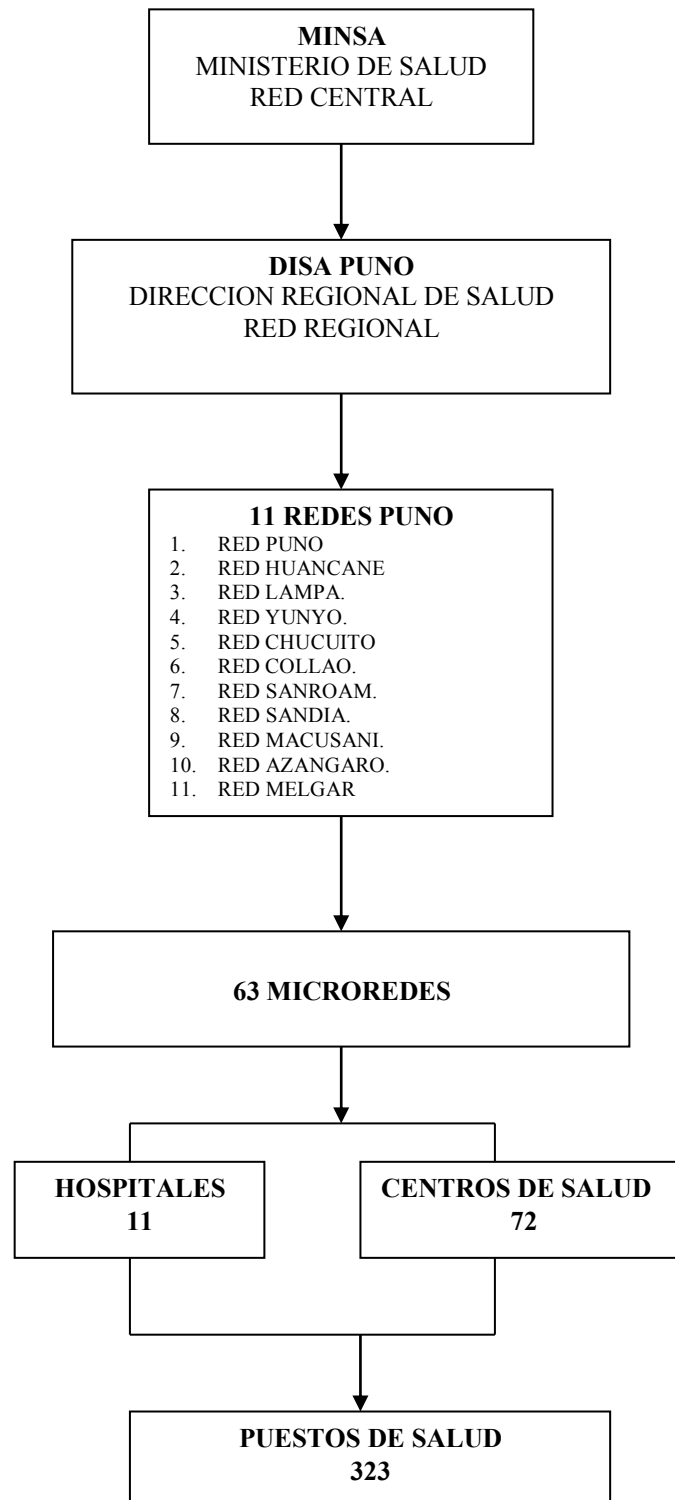
- 0.7 Odontólogos por 10,000 habitantes.
- 15,7 Técnicos paramédicos por 10,000 habitantes
- 4.7 auxiliares por 10,000 habitantes.

FUENTE: MINISTERIO DE SALUD DEL PERU 2004, (27,28).

La división administrativa de la dirección de salud del departamento de Puno (DISA PUNO) esta compuesta por:

11 Redes de Salud conformado por; 63 Microredes, y estas por, hospitales, centros de salud y puestos de salud, (27, 28).

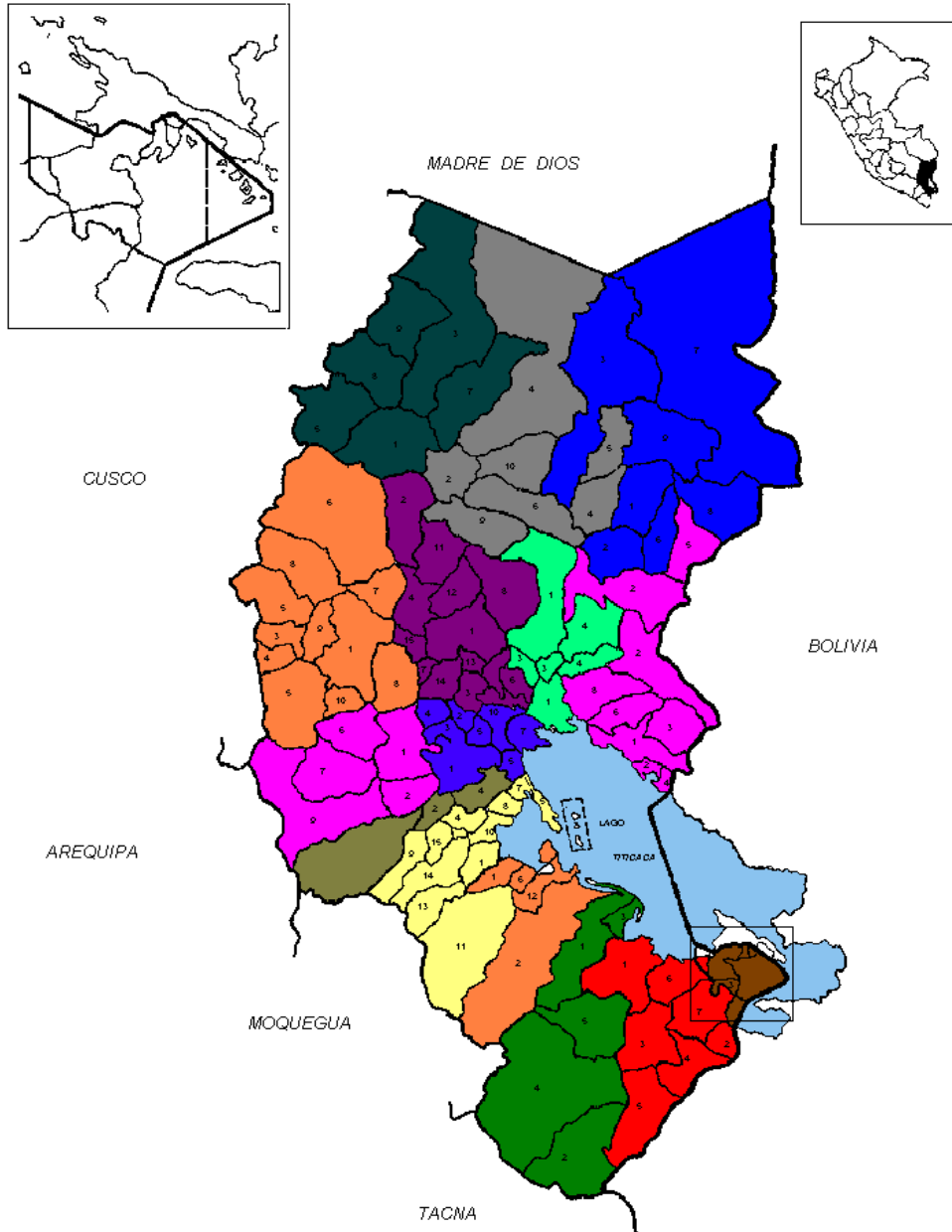
**DIVISIÓN ADMINISTRATIVA DE LA DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
DEL DEPARTAMENTO DE PUNO**



MAPA DEL PERU POR DEPARTAMENTOS



DEPARTAMENTO DE PUNO SEGÚN PROVINCIAS Y DISTRITOS



E. DESCRIPCIÓN DEL SISTEMA DE VIGILANCIA ACTIVA

En 1997 se realizó la primera reunión nacional de expertos para la reducción de la Mortalidad Materna-Perinatal, donde se acordó difundir el plan de reducción de la Mortalidad Materno-Perinatal, lo cual se ha constituido como prioridad nacional. Uno de los acuerdos más importantes fueron:

- Creación del Comité Nacional de Mortalidad Materno- Perinatal. Liderado por el MINSA. La secretaría técnica a cargo del Programa Materno-Perinatal.
- Creación de comités subregionales.
- Implementar el sistema de vigilancia de la mortalidad Materna- Perinatal.

En el año 1998 se procedió a la creación de todos los comités en el ámbito nacional, capacitación a los directivos de todos los departamentos. Los cuales tenían amplios derechos de realizarlos de acuerdo a su realidad local

En el departamento de Puno en el año 1998, se crearon, (13, 14):

- 277 Comités de Mortalidad Materna en los establecimientos de Salud de la Red.
- 282 comités de mortalidad materna multisectorial.
- 640 comités comunales.

Los comités de mortalidad materna en los establecimiento de salud; están conformados por; el Director del hospital, jefe de Servicio de Ginecología Obstetricia, Obstetrix jefe del programa Materno perinatal.

Los comités de mortalidad materna multisectorial; conformados por representantes de los diferentes sectores tenemos, representantes de educación, asociaciones como Club de madres, comedores populares, etc.

Los comités comunales; están conformados por:

- Un representante legal de la comunidad (Juez de paz, Alcalde, etc.).
- **Tenientes Gobernadores:** Son representantes de la comunidad que gozan de un amplio respeto y son elegidos por la comunidad en un periodo de dos años, no pertenecen al sistema legal gubernamental, son personas respetables que tienen la función de juez ante los problemas de tierras, peleas de parejas etc. Todos estos poderes son otorgados por la comunidad y la decisión de estos son acatados fielmente, todas estas funciones las realizan sin recibir pago alguno. Las comunidades campesinas del departamento de Puno mantienen la forma de organización política establecida desde la época de los Incas.
- **Agente Comunitario Voluntario de salud:** Es un miembro voluntario de la comunidad, elegido democráticamente por su comunidad para ocuparse de los problemas sanitarios y acreditado por el Ministerio de Salud (MINSA), capacitado para desarrollar acciones de prevención y promoción de la salud, comprometido con el bienestar y desarrollo de su comunidad. Se convierten en el eje intercultural entre los pobladores y el MINSA. Cumpliendo una labor muy importante frente a la vigilancia de mortalidad materna en la búsqueda, notificación y recolección de la información.

Los comités citados se pusieron en vigencia en el año de 1999, con énfasis en la vigilancia activa de los casos, teniendo como funciones:

- Realización de la investigación y seguimiento al 100% de muertes maternas.
- Utilización de los formatos de recolección de datos, ficha de autopsia verbal, ficha de investigación epidemiológica.
- Sensibilización a la comunidad donde ocurrió la muerte materna.
- Determinación de Zonas de riesgo de muerte materna para realizar las entrevistas cara a cara, para ello se considera el antecedente de muerte materna de los tres últimos años.
- La investigación y notificación de la muerte materna debe de ser informada en un plazo no mayor de una semana a la dirección regional (DISA PUNO).

Ficha de investigación epidemiológica de la muerte materna;

La información de la muerte materna se obtiene de la ficha de investigación epidemiológica de la muerte materna (FIEMM), que es la información recopilada de la muerte materna a través del interrogatorio realizado con el apoyo del Agente comunitario de salud, del informe de la necropsia de ley en la mayoría de los casos estando presente autoridades de la comunidad (Teniente Gobernadores, Juez de paz).

Ruta de la información de la mortalidad materna.

Al ocurrir una muerte materna en el departamento esta puede ocurrir en área urbana o rural; en caso de producirse en zona urbana los familiares recurren al

Hospital y/o al centro o puesto de salud más cercano, inmediatamente se toma conocimiento del caso se reúne al comité de mortalidad materna y se investiga la causa y factores causales de la muerte materna, cuando la muerte ha ocurrido dentro del recinto hospitalario se determinan las debilidades de la atención, se plantean estrategias para hacer frente a un nuevo caso, se emite el informe a la Micro red de su jurisdicción luego esta envía la información a la Red Regional (DISA PUNO), y esta a la vez envía la información a la Red Central (MINSA OGE-DEAIS), (26).

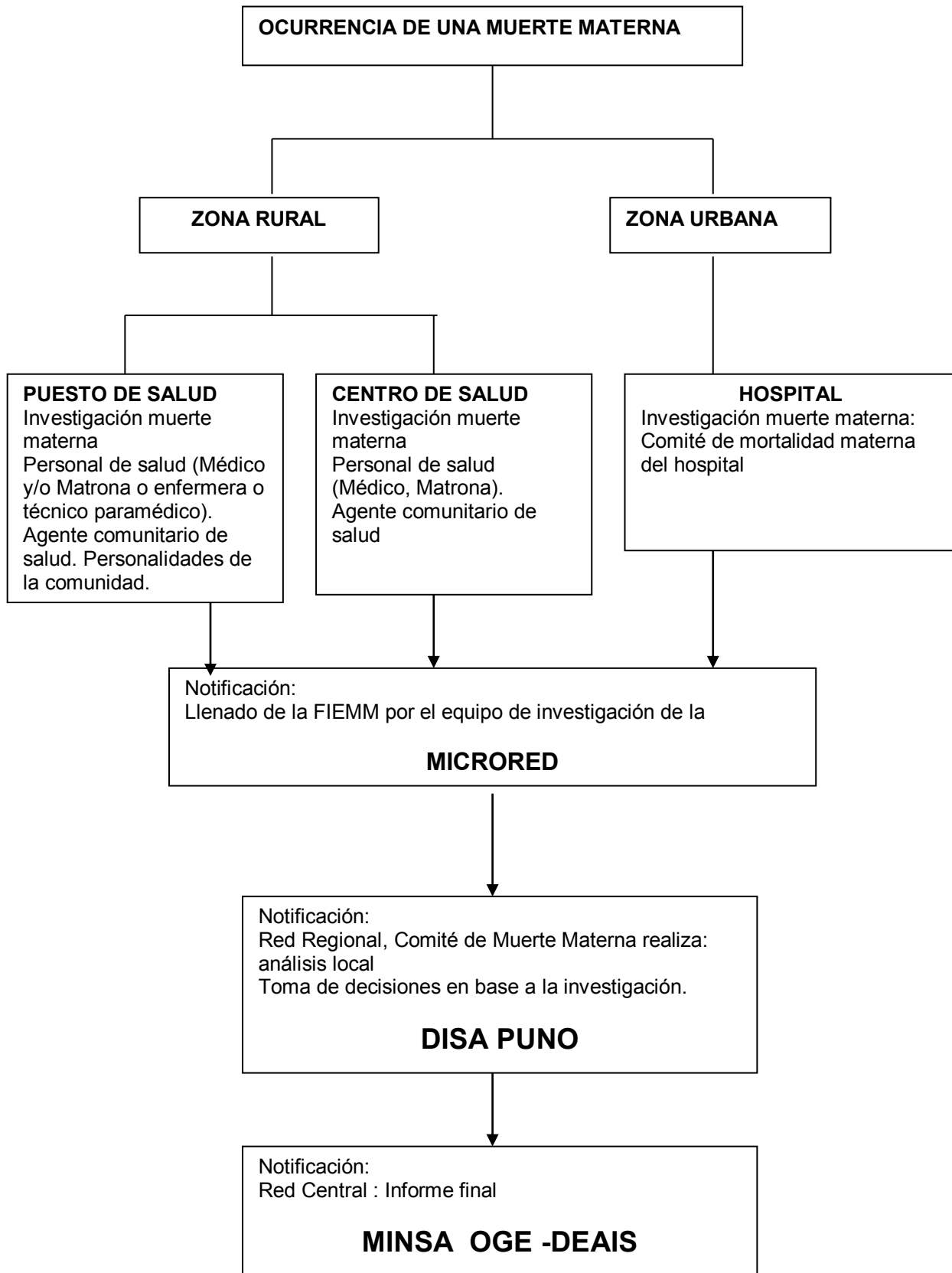
En caso de producirse en zona rural la información llega a través del Agente comunitario de salud el cual realiza una búsqueda activa de las muertes en comunidad y comunica al puesto o centro de salud de su jurisdicción, en un plazo inferior a 24 horas, en conjunto con el comité de mortalidad materna comunal se realiza la constatación del cadáver en el domicilio de la occisa, una investigación de los hechos, entrevista a los familiares y miembros de la comunidad, luego se procede a realizar la necropsia de ley, por el médico a cargo de la jurisdicción, en presencia del juez de paz, teniente gobernador de la comunidad y otros miembros honorables, se elabora un informe que es presentado a la dirección de la Micro Red que pertenece, esta envía a su equipo para la investigación de la muerte materna se corrobora la causa de muerte con los antecedentes si es necesario hacer una investigación más profunda se realizará otra visita al establecimiento de salud al cual corresponde el caso y si es necesario, realizará la visita al domicilio de la occisa; de esta manera se garantiza la fidelidad de la información. Con la ficha epidemiológica de muerte materna emite un informe final, este informe es enviado a la Red

Regional (DISA PUNO), este informe es enviado a la Red Central (MINSA ODE-DEAIS), (26).

Condiciones para el llenado de la FIEMM

- Esta ficha debe ser llenada por un profesional de la salud, que integre el equipo conjunto conformado por responsables del área salud de la mujer y oficina de epidemiología.
- En caso de no ser posible por razones de accesibilidad, será llenada por un profesional de la salud del establecimiento que se encuentre más cerca al lugar del fallecimiento (Médico, Matrona, Enfermera y Técnico Paramédico), con la ayuda de un promotor voluntario de la comunidad.
- El llenado con letra imprenta, con máquina de escribir o utilizar correo electrónico.
- Llenar todas las variables indicadas.
- No utilizar siglas para evitar confusiones.
- Para la variable Hora, utilizar las 24 horas. Así, para las 08:20 p.m colocar 20:20 horas y para las 12:30 de la noche será 00:30 de la fecha correspondiente.
- Las oficinas de epidemiología y los comités de prevención de la mortalidad materno peri natal serán los responsables de garantizar la calidad de la información que se registra en las FIMM.
- La ficha epidemiológica será enviada lo más rápido posible a la DISA y al Nivel Central en un máximo de 30 días, por correo normal, fax o correo electrónico. (26).

RUTA DE LA INVESTIGACION DE LA MUERTE DEPARTAMENTO DE PUNO



IV. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Describir las características de las muertes maternas registradas por el sistema de vigilancia de mortalidad materna del departamento de Puno correspondiente al año 1999 y el aporte de los agentes voluntarios de salud.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Describir las características epidemiológicas generales de las muertes maternas, (edad, estado civil, grado de instrucción).
- Describir variables biológicas, (paridad, control prenatal, lugar de atención del parto, personal que atiende el parto, condición del recién nacido).
- Describir características de la muerte materna, (lugar de la muerte materna, momento de la muerte, causas directas e indirectas de las muertes maternas).
- Cuantificar la magnitud del aporte del agente comunitario voluntario de salud en la mejoría del registro de la mortalidad materna.
- Determinar el aporte del agente voluntario de salud en el registro de las siguientes variables del estudio. (Estado civil, ocupación, domicilio, grado de instrucción).

V. METODOLOGIA

DISEÑO

Es un estudio descriptivo, retrospectivo de las muertes maternas ocurridas en el departamento de Puno en el año 1999.

Los datos del estudio fueron vaciados en una base de datos de un programa estadístico, STATA.

Los datos del presente estudio se obtuvieron a nivel departamental del registro habitual emitido por la oficina de epidemiología de la DISA PUNO; de la oficina del Programa Materno Perinatal, se obtuvieron los informes de las investigaciones de las muertes maternas realizadas a nivel local por los comités de mortalidad materna de las Microrredes de salud que contienen; informes de la muerte, ficha epidemiológica, historia clínica si el caso lo requiere, acta de levantamiento de cadáver, necropsia de ley, notificación inmediata por los promotores voluntarios de salud.

VI. VARIABLES EN ESTUDIO

VARIABLES

- Edad.
- Estado civil.
- Grado de instrucción.
- Paridad.
- Control prenatal
- Atención profesional.
- Lugar de atención del parto.
- Causa de la muerte
- Momento de la muerte
- Lugar de la muerte.
- Condición del RN.
- Aporte del Agente Comunitario voluntario de Salud.

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

La información sobre estas variables se obtendrá a partir del protocolo de mortalidad materna, Informe verbal y necropsias de ley.

VARIABLE	DEFINICION OPERACIONAL	RANGOS Y VALORES	FUENTE DE INFORMACIÓN
Edad	Años cumplidos en el momento de la defunción, en intervalos de cinco.	15 a 19 20 a 24 25 a 29 30 a 34 35 a 39 40 a 44 45 a 49	Protocolo de mortalidad materna.
Estado Civil.	Condición civil en el momento de la defunción.	Soltera. Casada. Conviviente. Viuda.	Idem.
Grado de instrucción	Estudios realizados.	Analfabeta (0) Primario incompleta(1) Primaria completa(2) Secundaria incompleta(3) Secundaria completa(4) Nivel superior (4)	Idem.
Paridad	Numero de hijos nacidos ya sean vivos o muertos.	Nulipara (0) Primipara (1) Segundipara (2) Multipara (3 a 5) Gran multipara (5 a más)	Idem.
Control prenatal	Numero de controles realizados en el embarazo actual.	1 2 3 4 5 6 7 a más	Idem.
Lugar de atención del parto	Lugar donde se atendieron el parto.	Domicilio Hospital. Centro de salud. Puesto de salud.	Idem.
Persona que atiende el parto.	Persona que atendió el parto.	Medico. Obstetriz. Enfermera. Técnico de salud. Partera. Familiar. Sola.	Idem.
Condición del recién nacido.	Condición del Recién nacido en el momento de la muerte materna.	Vivo. Muerto	Idem.
Momento de la muerte	Si la muerte se produjo cuando la paciente estaba embarazada, en el momento del parto o durante el puerperio.	Embarazo Parto Puerperio	Idem.

VARIABLE	DEFINICION OPERACIONAL	RANGOS Y VALORES	FUENTE DE INFORMACIÓN
Lugar de la muerte	Sitio de ocurrencia de la muerte en domicilio u Hospital.	Hospital Domicilio	Idem.
Causa de la muerte.	Se clasificara según CIE 10.	1. Causas directas: Hemorragia Eclampsia Aborto Infección 2. Causas indirectas	Necropsia de ley. Autopsia Verbal. Informe de expertos.
Participación del Agente Comunitario Voluntario de Salud.	Intervención de la comunidad en la búsqueda del registro de muertes maternas.	SI. NO.	Informe de la Microred.

1. UNIVERSO Y MUESTRA

Esta conformado por todas las mujeres que fallecieron por alguna complicación de embarazo, parto o puerperio en el Departamento de Puno en el año de 1999.

2. UNIDAD DE ANÁLISIS:

Cada mujer muerta por complicaciones del embarazo, parto o puerperio.

3. MATERIAL Y METODO.

a) RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Los datos se obtuvieron a nivel departamental del registro oficial emitido por la oficina de epidemiología de la DISA PUNO. A nivel local las investigaciones realizadas por los comités de mortalidad materna de cada una de las microrredes. Este proceso parte de la ocurrencia de una muerte materna ocurrida en la comunidad y/o Hospital cuando sucede a nivel

comunitario esta es informada por un familiar, por un miembro de la comunidad o por el agente comunitario voluntario de salud de salud, al personal residente, quien notifica la muerte materna al médico o matrona de la microred los cuales realizan la investigación a nivel local la necropsia de ley y elaboran el informe final de la muerte materna, adjuntando todos los documentos de la investigación como son, informe verbal, ficha epidemiológica de la muerte materna, historia clínica, protocolos de necropsia, acta de levantamiento de cadáver, notificación de la muerte materna por promotores voluntarios y personal de salud. Formando parte de documentos oficiales del MINSA Y se encuentra en la oficina del Programa Materno Perinatal de la DISA.

b) TRABAJO DE TERRENO:

Se solicito a la Dirección de Salud de la DISA PUNO, los documentos y registros sobre mortalidad materna en el departamento de Puno para realizar un estudio de mortalidad materna; donde se me proporcionaron los reportes de mortalidad materna del año 1999, en la oficina de epidemiología de la DISA PUNO; en la oficina del Programa de Materno Perinatal obtuve los informes de las investigaciones de las muertes maternas que contenían; informe verbal, ficha epidemiológica, Historia clínica, Acta de levantamiento de cadáver, necropsia de ley, notificación de la muerte materna por los promotores voluntarios de salud del año 1999.

4. PLAN DE ANALISIS DE INFORMACION.

Se creo una base de datos y se analizo con apoyo de un programa estadístico, STATA y los resultados se presentaran en tablas simples trabajadas en Microsoft Word con frecuencias y porcentajes.

5. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

a) Limitaciones del estudio:

- El llenado incompleto de la ficha de investigación que fueron complementadas con los registros adjuntos.
- En algunos casos letra ilegible.
- Dificultad para conseguir datos a nivel departamental.

b) Limitaciones del candidato:

- Haberlo realizado en el extranjero
- Disponibilidad de tiempo y de recursos financieros.

PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

TABLA N°1

TENDENCIA DE LA MORTALIDAD MATERNA EN EL DEPARTAMENTO DE PUNO

AÑO	TASA DE MORTALIDAD MATERNA X 100.000 NACIDOS VIVOS
1992	538.6
1993	527.5
1994	492.5
1995	445.2
1996	321.5
1997	300.0
1998	340.0
1999	251.3
2000	335.1
2001	259.4

Se observa que la tendencia es a la disminución de la tasa de mortalidad materna, llama la atención que en los periodos 1992 al 1997 presenta una disminución luego un incremento de la tasa, como también el año 1999 para ascender nuevamente en el 2000 y descender 2001 en adelante.

TABLA N°2

**MORTALIDA MATERNA SEGÚN GRUPO DE EDAD EN EL
DEPARTAMENTO DE PUNO, 1999**

GRUPO DE EDAD	N°	%
15-19	7	8.14
20-24	10	11.63
25-29	16	18.60
30-34	13	15.12
35-39	25	29.07
40-44	12	13.95
45-49	3	3.49
TOTAL	86	100.00

De acuerdo a la estructura por edad de las muertes maternas se observa una concentración de las muertes maternas entre los 25 y 39 años en un 62.79%, en un porcentaje menor en los grupos de 45-49 años en un 3.49% y en el grupo de 15 a 19 años un 8,14% del total de las muertes maternas.

TABLA N°3

DISTRIBUCIÓN DE MUERTES MATERNAS SEGÚN ESTADO CIVIL EN EL DEPARTAMENTO DE PUNO, 1999

ESTADO CIVIL	N°	%
Soltera	7	8.14
Casada	31	39.05
Conviviente	27	31.40
Viuda	2	2.33
Sin dato	19	22.09
TOTAL	86	100.0

El 68% del total de las muertes corresponde a mujeres casadas o convivientes, en una cantidad menor las solteras 8% y las viudas en un 2%, donde el estado es ignorado en un 22%.

TABLA N° 4

**MUERTES MATERNAS SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN EN EL
DEPARTAMENTO DE PUNO, 1999**

GRADO DE INSTRUCCIÓN	N°	%
Analfabeta	12	13.95
Primaria incompleta	33	38.37
Primaria completa	5	5.81
Secundaria incompleta	6	6.98
Secundaria completa	6	6.98
Superior	1	1.6
Sin dato	23	26.74
TOTAL	86	100.00

El 52% del total de muertes maternas registradas corresponde a mujeres con muy baja escolaridad entre analfabetas y primaria incompleta que no llega al tercer año básico, con secundaria el 6.98 % y con instrucción superior el 1.6%.

TABLA N°5
MUERTES MATERNAS SEGÚN NUMERO DE PARTOS DEL
DEPARTAMENTO DE PUNO, 1999.

NUMERO DE PARTOS	N°	%
0	15	17.44%
1-3	18	20.84%
4-6	14	16.28%
7-12	23	26.74%
Sin dato	16	18.6%
TOTAL	86	100.0%

Se observa que el 26.7% del total de las muerte corresponde a una paridad mayor a 7, se aprecia también un elevado porcentaje en mujeres nuliparas 17.44%. el estado ignorado un 18.6%.

TABLA N°6

**MUERTE MATERNA SEGÚN CONTROL PRE - NATAL EN EL
DEPARTAMENTO DE PUNO, 1999.**

NUMERO DE CONTROLES	N°	%
0	16	18.68
1-3	29	33.72
4-6	24	27.90
7-13	4	4.66
Sin dato	13	15.1
TOTAL	86	100.0%

El 18.60% no tuvo ningún control prenatal y esto se incrementaría aun más si se incluyera aquellas donde el registro es ignorado (15.1%), el 33.72% tuvieron ente 1 y 3 controles en su mayoría en el ultimo trimestre, también se observa que el 32.5% presentaron mas de 4 controles prenatales sin embargo la brecha entre el control prenatal y la atención de parto es marcada.

TABLA N° 7

MUERTES MATERNA DIRECTA SEGUN LUGAR DE ATENCION DEL PARTO EN EL DEPARTAMENTO DE PUNO, 1999

LUGAR DEL PARTO	N^a	%
Domicilio	67	87.01
Hospital	5	6.49
Sin dato	5	6.49
TOTAL	77	100.00

Del total de muertes maternas directas 77 mujeres tuvieron un parto este se produce en el domicilio en un 88% y en el Hospital en un 6%.

TABLA N° 8

**MUERTES MATERNAS SEGÚN PERSONA QUE ATENDIO EL PARTO EN
EL DEPARTAMENTO DE PUNO,1999.**

PERSONA QUE ATENDIO EL PARTO	N^a	%
Medico	7	9.09
Obstetriz	1	1.30
Enfermera	1	1.30
Técnico	4	5.19
Partera	11	14.29
Familiar	30	38.96
Sola	4	5.19
Sin dato	19	24.68
TOTAL	77	100.00

Se observa que en un 38.96% es atendido por un familiar que generalmente es el esposo, el 5.19% se atienden solas en un 14.29% recurren a la partera, el 16.3% es atendido por un personal de salud.

TABLA N°9

**MUERTES MATERNAS Y CONDICIÓN DEL RECIÉN NACIDO EN EL
DEPARTAMENTO DE PUNO, 1999**

RECIÉN NACIDO	N°	%
Muerto	7	9.09
Vivo	50	64.94
Sin dato	20	25.97
TOTAL	77	100.00

De las mujeres que fallecieron por causa materna en el departamento de Puno 77 tuvieron un parto. De ellas el 69% tuvieron un recién nacido sano, el 9% falleció, 26% el dato es ignorado.

TABLA N° 10

**LUGAR DONDE OCURRE LA MUERTE MATERNA EN EL DEPARTANETO
DE PUNO, 1999**

LUGAR DE LA MUERTE	N°	%
Domicilio	67	77.91
Puesto de Salud	1	1.16
Centro de Salud	1	1.16
Hospital	17	19.77
TOTAL	86	100.0

Las muertes maternas en el caso del lugar de fallecimiento estas ocurrieron en un 77.91% en domicilio, el 2.32 % se produjo en un puesto o centro de salud y el 19.77% de las muertes maternas ocurren en los hospitales de referencia.

TABLA N° 11

**MUERTES MATERNAS SEGÚN MOMENTO DE LA MUERTE EN EL
DEPARTAMENTO DE PUNO,1999.**

MOMENTO DE MUERTE	N°	%
Aborto	2	2.33
Embarazo	9	10.47
Parto	59	68.60
Puerpera	16	18.60
TOTAL	86	100.00

Se observa que del total de muertes maternas el 68% se produce en el momento del parto, un 18.6% en el puerperio en su mayoría en las primeras 24 horas posteriores al parto, un 13% en el embarazo.

TABLA N°12

LUGAR DE OCURRENCIA DE LAS MUERTES MATERNAS SEGÚN RED DE SALUD DEL DEPARTAMENTO DE PUNO, 1999.

RED	N°	%
Azangaro	9	10.47
Chucuito	6	6.93
Collao	7	8.14
Huancane	12	13.95
Lampa	0	0.0
Macusani	7	8.14
Melgar	10	11.63
Puno	15	17.44
San Roman	17	19.77
Sandia	1	1.16
Yunguyo	2	2.33
TOTAL	86	100.00

El mayor numero de muertes maternas se encuentra en las redes de San Roman y Puno con un 37.1% del total de las muertes maternas del departamento, siguiendolos Huancane con un 13.95%, Melgar 11.63%, Azangaro 10.41% en menor porcentaje Yunguyo 2.3%, Sandia 1.16% y Lampa 0.0%.

TABLA N°13

**TASA DE MORTALIDAD MATERNA SEGÚN RED DE SALUD DEL
DEPARTAMENTO DE PUNO 1999.**

RED	Nº MUERTE MATERNA	TASA DE MORTALIDAD MATERNA
Azangaro	9	205.5
Chucuito	6	210.8
Collao	7	256.3
Huancane	12	492.0
Lampa	0	0.0
Macusani	7	456.0
Melgar	10	439.9
Puno	15	256.3
San Roman	17	298.3
Sandia	1	64.5
Yunguyo	2	132.9
TOTAL	86	

Al analizar las tasa de mortalidad por Red de Salud encontramos la tasas más altas en las Redes de; Huancane (492), Macusani (456), Melgar (439.9), siguiendolos San Roman (298.3), Puno (256.3), Collao (246.3), Azangaro (205.3), las tasas mas bajas en la Red Lampa (0) y Sandia (64.5).

TABLA N°14

MUERTES MATERNAS SEGÚN TIPO DE CAUSA EN EL DEPARTAMENTO DE PUNO, 1999.

TIPO DE CAUSA DE MUERTE MATERNA	N°	%
DIRECTA	78	90.70
INDIRECTA	8	9.30
INCIDENTAL	0	0.00
TOTAL	86	100.00

Las muertes por causa materna en el departamento de Puno son, de causa predominantemente directa el 91% del total de muertes consideradas, las indirectas 9% y las incidentales o no maternas 0%.

TABLA N°15

**MUERTES MATERNAS POR CAUSA DIRECTA EN EL DEPARTAMENTO
DE PUNO, 1999**

MUERTES MATERNAS POR CAUSA DIRECTAS	N°	%
HEMORRAGIA	63	80.77
HIPERTENSIÓN	9	11.54
INFECCIÓN	4	5.12
ABORTO	2	2.56
TOTAL	78	100.00

De acuerdo al diagnóstico genérico, las causas de muerte directas de mayor frecuencia son originadas por hemorragias en un 80% superando largamente al resto de las causas, la Hipertensión sigue en orden de importancia con 12%, la infección 5% y Aborto en un 3%.

TABLA 16

**MUERTES MATERNAS POR HEMORRAGIA DEL DEPARTAMENTO DE
PUNO, 1999**

MUERTE MATERNA	TOTAL	
	N°	%
1. DEL EMBARAZO		
• Embarazo ectópico roto	1	1.60
2. DEL PARTO		
• Retención de placenta.	41	65.0
• Placenta acreta.	5	8.0
3. DEL PUERPERIO		
• Atonía uterina.	16	25.4
TOTAL	63	100.00%

Dentro del grupo de muertes originadas por hemorragia, la retención placentaria causa el mayor porcentaje de los decesos 65%, le sigue la atonía uterina 25.4%, placenta acreta 8%, en mínimo porcentaje el embarazo ectópico complicado 1.60%.

TABLA 17

**MUERTES MATERNAS POR CAUSA INDIRECTA DEL DEPARTAMENTO
DE PUNO, 1999**

CAUSAS INDIRECTAS	N°	%
C.A Hígado y vías biliares	1	12.5
Abandono social	1	12.5
Abdomen agudo	1	12.5
Bronconeumonía	1	12.5
Disfunción generalizada	1	12.5
Encefalopatía hepática	1	12.5
meningoencefalitis	1	12.5
Ruptura hepática	1	12.5
TOTAL	8	100.0

Dentro de las causas indirectas relacionadas con la mortalidad materna, llama la atención que a pesar de los avances en el tiempo se siga presentando fallecimientos cuya causa sea el abandono social.

TABLA N° 18

MUERTES MATERNAS EN LAS CUALES PARTICIPA ACTIVAMENTE EL AGENTE COMUNITARIO DE SALUD

INTERVENCON DE LA COMUNIDAD	Nª	%
No	50	58.14
Si	36	41.86
TOTAL	86	100.00

Rol de la comunidad en la vigilancia de la mortalidad materna es muy importante de 36 muertes el 41.86% de las muertes maternas hubo intervención de la comunidad a través del agente comunitario voluntario de salud en la búsqueda, la notificación, en especial la investigación de la causa de la muerte materna.

Se realizo una comparación entre los registros donde no participo el agente comunitario voluntario de salud con los registros en los que participo y no se encontró diferencias significativas ni en las características sociodemográficas como en las causas de la muerte pero llama la atención que en un gran porcentaje donde intervino la comunidad los datos de los registros son más completos.

TABLA Nª 19

**PARTICIPACIÓN DEL AGENTE VOLUNTARIO DE SALUD Y ESTADO
CIVIL EN EL REGISTRO DE LAS MUERTES MATERNAS**

ESTADO CIVIL	PARTICIPACION		TOTAL
	NO	SI	
Soltera	4	3	7
Casada	13	18	31
Conviviente	12	15	27
Viuda	2	0	2
Sin dato	19	0	19
TOTAL	50	36	86

TABLA Nª20

**PARTICIPACIÓN DEL AGENTE VOLUNTARIO DE SALUD Y OCUPACIÓN
EN EL REGISTRO DE LAS MUERTES MATERNAS**

OCUPACION	PARTICIPACION		TOTAL
	NO	SI	
Agricultora	1	1	2
Comerciante	0	1	1
Estudiante	1	0	1
Su casa	29	34	63
Sin dato	19	0	19
TOTAL	50	36	86

TABLA N^a21

**PARTICIPACION DEL AGENTE VOLUNTARIO DE SALUD Y DOMICILIO
EN EL REGISTRO DE LAS MUERTES MATERNAS**

DOMICILIO	PARTICIPACION		TOTAL
	NO	SI	
Rural	35	30	65
Urbano	7	6	13
Sin dato	8	0	8
TOTAL	50	36	86

TABLA N^a 22

**PARTICIPACION DEL AGENTE VOLUNTARIO DE SALUD Y GRADO DE
INSTRUCCIÓN EN EL REGISTRO DE LAS MUERTES MATERNAS**

GRADO DE INSTRUCCION	PARTICIPACION		TOTAL
	NO	SI	
Analfabeta	4	8	12
Primaria incompleta	15	18	33
Primaria completa	3	2	5
Secundaria incompleta	4	2	6
Secundaria completa	2	4	6
Superior	1	0	0
TOTAL	50	36	86

VII. CONCLUSIONES

1. Se observa que la tendencia es a la disminución de la tasa de mortalidad materna, pero sin embargo a pesar del tiempo en el departamento de Puno sigue siendo una de las tasas de mortalidad materna más alta del Perú, se observa también un incremento de la tasa en los periodos 1998 y 2000. lo que se atribuye a la mejoría en los registros establecida por el sistema de vigilancia de la mortalidad materna y no necesariamente al incremento de la tasa.
2. De acuerdo a la estructura por edad de las muertes maternas se aprecia una concentración de las muertes maternas entre los 25 y 39 años en un 62.79% edades donde se concentra la fecundidad en un menor porcentaje en los extremos de 15 a 19 años 8.14% y 45 a 49 años 3.49%.
3. El 68% del total de las muertes corresponde a mujeres casadas o convivientes, el estado conyugal es determinante de la fecundidad, pues las parejas se casan o conviven con fines de procreación, entonces el estado de unión implica alto riesgo de embarazo consecuentemente de mortalidad materna, en una cantidad menor se encuentran las solteras 8% y las viudas en un 2%.
4. La influencia del nivel de educación en el riesgo de muerte materna es evidente el 52% del total de muertes maternas registradas corresponde a

mujeres con muy baja escolaridad entre analfabetas y primaria incompleta que no llega al tercer año básico, cifra que podría aumentar si se cumple que el nivel “ignorado” generalmente corresponde a este rubro.

5. Se observa que la alta paridad aumenta el riesgo de padecer de muerte materna observándose que el 26.7% del total de las muertes corresponde a una paridad mayor a 7, se aprecia también un elevado porcentaje en mujeres nulíparas (17.44%); el 64% de las fallecidas dejan hijos en la orfandad materna, con las implicancias que podría tener esta situación en la supervivencia, educación y conducta de personas de bien.

6. Del total de muertes maternas el 18.60% no tuvo ningún control prenatal y esto se incrementaría aun 33.87% si se incluyera aquellas donde el registro es ignorado. El 33.72% tuvieron entre 1 y 3 controles en su mayoría en el último trimestre, también se observa que el 32.5% presentaron más de 4 controles prenatales; sin embargo la brecha entre el control prenatal y la atención de parto es marcada.

7. Del total de muertes maternas 77 mujeres tuvieron un parto. Este se produce en el domicilio en un 88% y en el Hospital en un 6%, estas muertes se evitarían si la población utilizara el recurso médico para la atención del parto por personal de salud capacitado venciendo la barrera cultural.

8. De las mujeres que se mueren en el departamento de Puno los partos son atendidos en su mayoría por un familiar que generalmente es el marido, o

solas ya que consideran el parto como un evento fisiológico, en un 14.29% recurren a la partera y si el parto tiene alguna complicación llaman al personal de salud (médico, enfermera, obstetrix y/o técnico paramédico). Estos casos de muertes materna van relacionadas a la falta de calidad en la atención del parto, pues la mayoría son prevenibles si el parto se atendiera en una institución de salud con equipamiento adecuado.

9. De las mujeres que fallecieron por causa materna en el departamento de Puno 77 tuvieron un parto. De ellas el 69% tuvieron un recién nacido sano, el 9% falleció, dejando en orfandad no solo a su recién nacido sino también a sus otros hijos. El dato es ignorado en un 26%.

10. El mayor número de muertes maternas se encuentra en las redes de Puno (15 muertes) y San Roman (17 muertes) que representan una tasa de 256 y 298 respectivamente, distritos de referencia de alta complejidad del departamento lo que explica el mayor número de muertes en estos lugares. Las Redes de salud con mayor tasa de mortalidad materna son Huancane (492), Macusani (456) y Melgar (439) distritos en extrema pobreza difícil acceso geográfico y cultural, ubicado por encima de 4000 mtrs. sobre el nivel del mar.

11. En el caso del lugar de fallecimiento estas ocurrieron en un 78% en domicilio, el 20% de las muertes maternas ocurren en los hospitales de referencia, en un porcentaje muy bajo en los puestos o centros de salud

donde las personas se niegan al traslado a un hospital o llegan en estado muy grave.

12. Se observa que del total de muertes maternas el 68% se produce en el momento del parto, un 18.6% en el puerperio en su mayoría en las primeras 24 horas posteriores al parto, un 13% en el embarazo. No cabe duda que muchos de estos casos se podrían evitar con un adecuado control de embarazo, atención de calidad en el parto y seguimiento del puerperio.

13. Las muertes por causa materna en el departamento de Puno son, de causa predominantemente directa el 91% del total de muertes consideradas, las indirectas 9% y las incidentales o no maternas 0%.

14. De acuerdo al diagnóstico genérico, las causas de muerte directas de mayor frecuencia son originadas por hemorragias en un 80% superando largamente al resto de las causas, la Hipertensión sigue en orden de importancia con 12%, la infección 5% y Aborto en un 3%.

15. Dentro del grupo de muertes originadas por hemorragia, la retención placentaria causa el mayor porcentaje de los decesos 65%, le sigue la atonía uterina 25.4%, placenta acreta 8%, en mínimo porcentaje el embarazo ectópico complicado 1.60%.

16. Dentro de las causas indirectas relacionadas con la mortalidad materna, llama la atención que a pesar de los avances en el tiempo se siga presentando fallecimientos cuya causa sea el abandono social.

17. El aporte de los Agentes comunitarios voluntarios de Salud, ha demuestra ser una herramienta útil especialmente para corregir el sub registro en la mortalidad materna.

18. Las muertes maternas registradas donde existe participación del Agente voluntario de salud no difieren significativamente en características demográficas, causas o circunstancias de muerte con relación a aquellas donde no hay intervención del Agentes, salvo que en la ficha en que figure el dicho Agente la información es mas completa.

VIII. DISCUSION

- La tasa de mortalidad materna es un indicador muy sensible de las condiciones de salud de la mujer y del desarrollo social, el nivel de vida, y en especial, del acceso a recursos y servicios de buena calidad.

- Las muertes maternas encontradas por el sistema de vigilancia de la mortalidad materna ha permitido descubrir en un 3% del total de las muertes la causa del fallecimiento fue por aborto. Consideramos que no hay certeza que se haya logrado captar todo el subregistro ya que el aborto en el Perú es ilegal, y esas muertes pueden haber sido registradas por otra causa o no registradas, siendo la tasa de muerte por aborto mucho mayor, como lo señala la experiencia de otros países, en que el dato figura con cifras superiores al 20% de la mortalidad materna. Aun así se supone un subregistro de mortalidad por aborto.

- La influencia del nivel de educación en el riesgo de muerte materna es evidente el mayor porcentaje corresponde a mujeres con muy baja escolaridad siendo esta característica común en la mayoría de la población rural del departamento de Puno, como en la generalidad de factores relacionados a la muerte materna, el numero de casos es notablemente menor en mujeres con secundaria o instrucción superior, de esta manera se ratifica la urgencia de elevar el nivel de educación, sobre todo de las mujeres, como una forma de garantizar el éxito de las embarazadas.

- En el Perú como en el departamento de Puno la cobertura de control prenatal es deficiente. Si bien los esfuerzos por incrementar esta cobertura han ido en aumento este sigue siendo insuficiente para derivar oportunamente embarazos de alto riesgo, como también se observa que la brecha entre el control prenatal y la atención de parto es marcada.
- En el caso del lugar de fallecimiento estas ocurrieron en un 78% en domicilio, si bien es cierto la mayoría de las mujeres que mueren por esta causa vive en un área rural, pero existe un buen porcentaje de mujeres de residencia urbana donde cuenta con facilidad para el acceso a los servicios de salud y sin embargo no lo usan y en caso que el personal las visite y este determine que necesitan una atención de mayor complejidad se niegan al traslado y solo acceden en caso que la paciente este grave o moribunda.
- Los recursos profesionales para la atención de la salud de la mujer son insuficientes pero también están sub utilizados por razones de accesibilidad geográfica y cultural.
- Se reconoce que la influencia cultural que considera el embarazo y el parto como un hecho fisiológico, no asociado a la enfermedad, pueden hacer mas difícil de lo que se imagina el proceso hacia la búsqueda en la atención por profesional en el proceso reproductivo.
- Es evidente que estas muertes maternas se evitaría en gran parte si existieran los recursos adecuados, estructura organizacional adecuada,

atención de calidad del parto por profesional capacitado y que se lograra por la misma calidad, vencer las barreras culturales que limitan la utilización de los servicios.

- Debido al sub registro del total de las muertes y de las muertes maternas en el Perú no permite comparaciones internacionales y solamente permite seguir su evolución en el tiempo en forma imperfecta.

- Finalmente mientras persistan las condiciones actuales de acceso geográfico, organizacional y sobre todo cultural, la participación de los agentes voluntarios de salud es muy importante en la mejoría del registro, tanto en Puno como en otros departamentos del altiplano que presentan iguales características.

IX. RECOMENDACIONES

- 1.** Impulsar el respeto a los derechos humanos de las mujeres promoviendo su superación tanto en el contexto, personal, familiar, social y económico.
- 2.** Garantizar la atención obstétrica esencial a través de la difusión del seguro de salud materno.
- 3.** Incrementar la creación de casas de espera para embarazadas de alto riesgo.
- 4.** Incrementar la cobertura de control prenatal y mejorar su eficiencia para una derivación oportuna de embarazadas de alto riesgo.
- 5.** Incrementar la atención del parto por personal profesional capacitado.
- 6.** Fortalecer el uso de métodos anticonceptivos seguros e impulsar la paternidad responsable.
- 7.** Organizar la atención de salud en un sistema regionalizado por niveles de complejidad que asegure establecimientos de salud con capacidad para resolver emergencias obstétricas.

- 8.** Organizar y operar un sistema de educación permanente del personal de salud que asegure las competencias para resolver oportunamente las emergencias obstétricas.

- 9.** Impulsar el empoderamiento de las mujeres sus familias y comunidades a través de la educación que son estrategias claves para aumentar la demanda publica de atención de salud materna.

- 10.** Extender el numero de Agentes comunitarios voluntarios de salud, que han demostrado ser muy eficaces en la recolección de la información, apoyo para corregir el subregistro y posibilitar la investigación de circunstancias y causa de muerte materna.

- 11.** Capacitar a los agentes comunitarios voluntarios locales, para estimular en las embarazadas el uso de los profesionales en el control del embarazo atención de parto y puerperio.

- 12.** Promover la participación comunitaria en el proceso salud enfermedad.

- 13.** Motivar la decisión de la mujer y su familia de tener un parto institucional, y uso de los servicios de Salud.

14. Replantear el lenguaje y la metodología de los programas de Educación en Salud para que los mensajes relacionados con los signos de alarma de la gestación, el parto, el recién nacido y el puerperio sean mejor interiorizados por la comunidad.

15. La educación permanente del personal de salud debe también incorporar la formación en el respeto y comprensión de las culturas ancestrales locales ayudando a generar una mayor confianza en los establecimientos de salud.

ANEXOS

FICHA DEL AGENTE COMUNITARIO VOLUNTARIO DE SALUD

RED:

MICRORED:

Establecimiento de Salud:

Muerte materna:

Comunidad:

Lugar de la muerte:

Hora de la muerte.....

Hora de la información al puesto de salud.....

Firma.....

PROGRAMA MATERNO PERINATAL
SEGUIMIENTO DE LA MORTALIDAD MATERNA PERINATAL

RED:

Distrito:.....

Estab. de salud:.....

Historia clínica N°.....

1. INFORMACION GENERAL DE LA MUERTE MATERNA.

Nombres y apellidos.....

Edad.....Estado civil.....Grado de instrucción.....

Ocupación..... Domicilio habitual.....

Provincia.....Distrito.....Localidad.....

2. CERTIFICACION DE LA MUERTE.

Certifica la muerte: Medico. () Obstetriz. () Enfermera () Técnico
 paramédico ()

Lugar de expedición.....Fecha de expedición.....

Diagnóstico de la muerte:

a.....

b.....

Observaciones.....

Circunstancias en que el establecimiento de salud tiene conocimiento del
 caso

a) Tiempo de tomar conciencia del riesgo por parte del paciente.....

b) Tiempo de decidir en buscar ayuda.....

- c) Tiempo de demora en el traslado del paciente al establecimiento de salud.....
- d) Hora en que llega el paciente al establecimiento de salud.....
- e) Hora en que recibe la primera atención.....
- f) Tiempo de permanencia en el establecimiento de salud.....
- g) Signos detectados antes del fallecimiento.....

.....

Medidas terapéuticas que se tomaron;.....

.....

Diagnóstico:.....

.....

Evolución:.....

.....

CLASIFICACION DE LA MUERTE MATERNA

Causas:

Básica:.....

 Intermedia.....

 Final;.....

Prevenibles: si () no ().

De ser prevenibles que medidas se sugiere tomar:

1.

2.

3.

4. ANTECEDENTES OBSTETRICOS:

Gestaciones.....Partos.....Abortos.....Hijos vivos.....Hijos muertos...

N° total de partos.....

DOMICILIARIO: atendido por: Profesional (), Empírica (), Otro ()

INSTITUCIONAL: eutócico (), distócico ().

Observaciones

5. EMBARAZO ACTUAL:

F.U.M:Control pre natal: si () no () N° Controles

Lugar de control: Persona que controla:

Diagnóstico:

Visita domiciliaria: si () no ().

Observaciones:

6. TERMINO DEL EMBARAZO:

Fecha: hora:

Lugar de atención:Persona que atendió el parto

Cesárea () Parto () Aborto ()

Tipo de parto:

Referencia: si () no () Lugar de referencia

Duración del trabajo de parto:

Observaciones

ALUMBRAMIENTO:

Fecha: Hora:Lugar de atención:

Atendido por: Medico () Obstetriz () Enfermera () Técnico () Partera ()

otro ()

Lugar de referencia:

Diagnóstico.....

7. ATENCION DE PUERPERIO:

Fecha: Lugar: Visita domiciliaria si () no ()

Observaciones:

8. ATENCION DEL RECIEN NACIDO:

Fecha: Lugar: N° Historia Clínica:

Condición: Vivo () Obito () Natimuerto ()

Persona que atendió al Recién Nacido:

Nombre:

Peso: Sexo: Femenino () Masculino ()..Edad Gestacional:.....

Referencia: si () no () Lugar de referencia:

9. CERTIFICACION DE LA MUERTE DEL RECIEN NACIDO:

Certifica la muerte: Medico. () Obstetrix () Enfermera () Técnico () Otro ()

Lugar de expedición Fecha de expedición:

Diagnóstico de muerte:

1.

2.

Observaciones:

Lugar de la investigación de la muertes materna :Fecha:

Nombre de la persona que realiza el seguimiento.....

.....

Firma:

BIBLIOGRAFIA

1. FAMILY CARE INTERNATIONAL 1998a. Atención especializada durante el parto. 588 Broadway, Suite 503.S. New York. [En línea]
http://www.safemotherhood.org/facts_and_figures/spanish/s_care_during_childbirth.htm.
2. FAMILY CARE INTERNATIONAL 1998b. El aborto que ocurre en condiciones de riesgo. 588 Broadway, Suite 503.S. New York. [En línea]
http://www.safemotherhood.org/facts_and_figures/spanish/s_unsafe_abortion_facts.htm
3. FAMILY CARE INTERNATIONAL 1998c. El embarazo no deseado. 588 Broadway, Suite 503.S. New York. [En línea]
http://www.safemotherhood.org/facts_and_figures/spanish/s_unwanted_pregnancy.htm.
4. FAMILY CARE INTERNATIONAL 1998d. La iniciativa por una maternidad sin riesgo. 588 Broadway, Suite 503.S. New York. [En línea]
http://www.safemotherhood.org/facts_and_figures/spanish/s_initiative.htm.
5. FAMILY CARE INTERNATIONAL 1998e. La maternidad sin riesgo: un asunto de los derechos humanos y la justicia social. 588 Broadway, Suite 503.S. New York. [En línea]

http://www.safemotherhood.org/facts_and_figures/spanish/s_human_rights.htm

6. FAMILY CARE INTERNATIONAL 1998e. La maternidad sin riesgo tema claves encargadas de elaborar políticas. 588 Broadway, Suite 503.S. New York. [En línea]

http://www.safemotherhood.org/init_what_is.htm>[consulta: 25 de mayo 2000]

7. FAMILY CARE INTERNATIONAL 1998f. La medición del proceso. 588 Broadway, Suite 503.S. New York. [En línea]

http://www.safemotherhood.org/facts_and_figures/spanish/s_measuring_progress.htm

8. FAMILY CARE INTERNATIONAL 1998g. La mortalidad materna. 588 Broadway, Suite 503.S. New York. [En línea]

http://www.safemotherhood.org/facts_and_figures/spanish/s_maternal_health.htm

9. FAMILY CARE INTERNATIONAL 1998h. La mortalidad: una inversión socioeconómicamente vital. 588 Broadway, Suite 503.S. New York. [En línea]

http://www.safemotherhood.org/facts_and_figures/spanish/s_good_maternal_health.htm

10. FAMILY CARE INTERNATIONAL 1998i La sexualidad y el parto en la adolescencia 588 Broadway, Suite 503.S. New York. [En línea]
http://www.safemotherhood.org/facts_and_figures/spanish/s_adolescent_sexuality.htm
11. FAMILY CARE INTERNATIONAL 1998j. Servicios de salud materna de buena calidad. 588 Broadway, Suite 503.S. New York . [En línea]
http://www.safemotherhood.org/faccts_and_figures/spanish/s_maternal_health.htm.
12. FAMILY CARE INTERNATIONAL 1998i. Todo embarazo está expuesta a riesgo. 588 Broadway, Suite 503.S. New York. [En línea]
http://www.safemotherhood.org/facts_and_figures/spanish/s_every_pregnancy.htm>
13. GRISELDA JINCUÑA QUISPE 1999a Lineamiento de trabajo para la reducción de la mortalidad materna 1999-2000. Puno, Perú.
14. GRISELDA JINCUÑA QUISPE 1999b Evaluación del Sub Programa Materno Perinatal, Dirección regional de Salud Puno, Perú.
15. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA E INFORMÁTICA. 2000. Puno: estadísticas de hechos vitales. Puno - Perú.

16. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA E INFORMATIA 2000. Análisis de la mortalidad en el Perú. 2000.
17. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA E INFORMATIA 2000: Encuesta Demográfica y Salud Familiar 2000. Lima Perú.
18. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA E INFORMATICA 2004; Fecundidad y Pobreza en el Perú Lima agosto 2005.
19. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA E INFORMATICA 2005; Condiciones de Vida en el Perú: Evolución 1997 - 2004.
20. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA E INFORMATICA; Economía y Sociedad 56, CIES, junio 2005.
21. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA E INFORMATIA 1996 Proyecciones de la Población del Perú 1995-2006. Boletín de Análisis Demográfico N° 34. Lima Perú.
22. INSTITUTO DE PEDAGOGÍA POPULAR INFORME N° 40 2005; Educación y Migración en el Perú, Lima agosto 2005.
www.ipp.verj.net/olped/documentos/1034.pdf.
23. MARIO HERRERA M. 2003: Mortalidad Materna en el Mundo; revista chilena de obstetricia y ginecología v68 n6 Santiago Chile 2003.

24. MINISTERIO DE SALUD DEL PERU 1999: Defunciones Registradas Perú 1999. Oficina de Estadística e Informática. Lima Perú.
25. MINISTERIO DE SALUD DEL PERU 2002: Información de Mortalidad, Presentado por la Dirección de Salud de las personas, 2002.
26. MINISTERIO DE SALUD DEL PERU 2003: Mortalidad Materna en el Perú 1997-2002, Informe Oficina General de Epidemiología, Lima Perú. 2003.
27. MINISTERIO DE SALUD DEL PERU 2004: Estrategia Sanitaria Nacional Para la Reducción de la Mortalidad Materna y Perinatal, Informe Oficina de Dirección de Salud de las Personas, Lima Perú.
28. MINISTERIO DE SALUD DEL PERU 2004: Informe de Tasas de Profesionales Salud por 10,000 según departamento, informe emitido por la oficina de Estadística e informática del Perú 2005.
29. MINISTERIO DE SALUD DEL PERU 2006: Estimación de la población por grupos de edad Según Direcciones de Salud, Provincias y Distritos. Oficina de Estadística e Informática. Lima Perú.
30. MINISTERIO DE SALUD PERÚ, 2006 Indicadores Demográficos de Salud www.minsa.gob.pe/estadisticas/estadisticas/indicadoresNac/fecundidad.asp.

31. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD 1990. Informe Final, Taller Regional sobre Investigación en Mortalidad Materna. Fascículo 6. Secretaria de Salud de México, Dirección General de Salud Materno Infantil. México.

32. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD 2005; Datos y Cifras del Informe Sobre la Salud en el Mundo 2005.
Who.int/whr/2005/chapter1/es/index7.htm/

33. O.P.S, O.M.S. 1990 Plan Regional para la reducción de la mortalidad materna en las Américas. 1990. XXIII Reunión Regional de la Conferencia Panamericana de Salud.

34. O.P.S. 1991. ISBN 927532050 0 La Salud Materna: un perenne desafío Washington. D.C.

35. O.P.S. 1998a. La Salud en las Américas. Washington. Vol. I. 48, 95-98, 210-214 pag.

36. O.P.S. 1998b. La Salud en las Américas. Washington. Vol. II. 455- 469 pag.

37. O.P.S. 1998c. Liderazgo en Salud Panamericana Documento oficial 287, ISBN 92 75 37287. Pag. 54.

38. O.P.S 2002: Situación de Salud de Las Américas; Situación de Salud del Perú, Edición II, Washington, D.C, E.U.A.

- 39.O.P.S, O.M.S. Perú 2002; Análisis de la Situación del Perú 2002, Lima Perú setiembre 2002.
- 40.PROYECTO 2000-IEC-MINSA-USAID. 1999. Plan Estratégico 1999-2004 Dirección regional de Salud Puno. Perú.
- 41.TERESA WATANABLE VARAS DICIEMBRE 2002: Tendencias, Niveles y Estructura de la Mortalidad Materna en el Perú, 1992 al 2000.
- 42.UNICEF 1997; Estado de la Niñez, la Adolescencia y la Mujer en el Perú 1997. Lima Perú.
- 43.UNFPA 2003. Mortalidad Materna Actualización 2002, en especial Atención Obstétrica de Emergencia. Nueva York 2003.
- 44.UNFPA 2004, Mortalidad Materna, Actualización 2004, Parto en Buenas Manos.
- 45.VICTOR SARDON ESPEZUA; Los Aymaras Bajo El Arcoiris Del Tiempo y El Espacio, Lima Marzo 2005.

