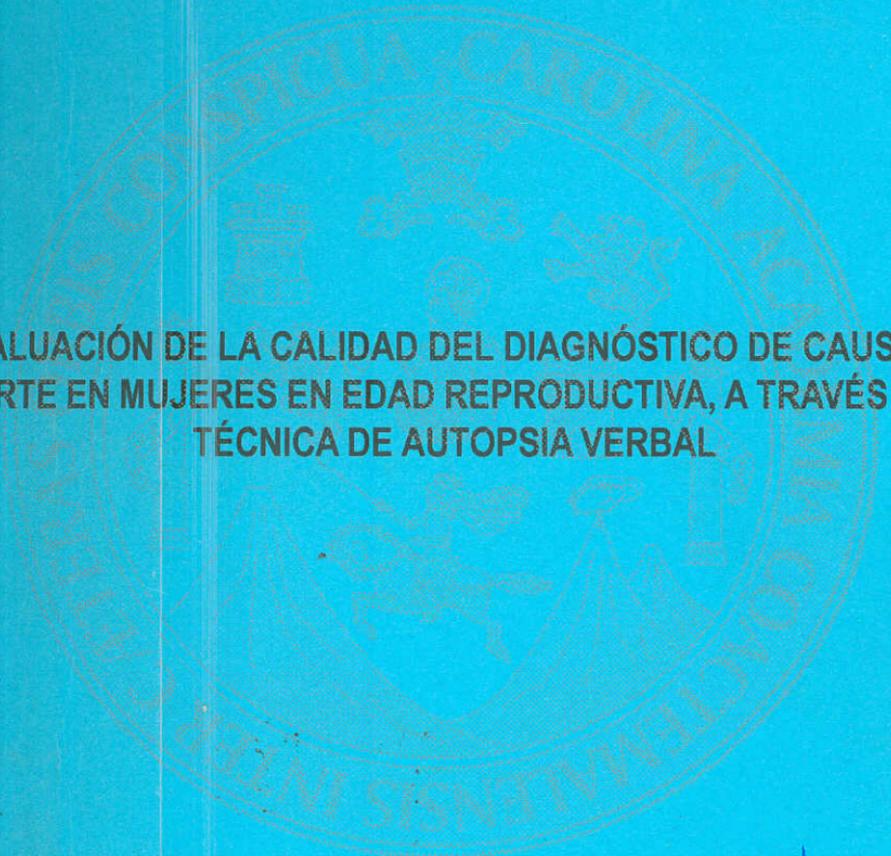


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS



EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DEL DIAGNÓSTICO DE CAUSA DE
MUERTE EN MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA, A TRAVÉS DE LA
TÉCNICA DE AUTOPSIA VERBAL

CARLOS HUMBERTO ESCOBAR JUÁREZ

MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA



LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS DE LA
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA



HACE CONSTAR QUE:

EL DOCTOR CARLOS HUMBERTO ESCOBAR JUÁREZ

Carnet universitario No: 100008643

Ha presentado para su EXAMEN PRIVADO DE TESIS, previo a optar al título de Maestro en Sa
Pública con énfasis en: GESTIÓN SOCIAL DE LA SALUD, el trabajo de tesis titula
EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DEL DIAGNÓSTICO DE CAUSA DE MUERTE
MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA, A TRAVÉS DE LA TÉCNICA DE AUTOPS
VERBAL.

Que fue asesorado por: Doctora Magda Francisca Velásquez Tohom.

Y revisada por: Doctor Alfredo Moreno Quiñonez.

Quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite, la presente ORDEN
IMPRESIÓN.

Guatemala, 23 de octubre del año 2003

Coordinadora de la Maestría de Salud Pública

Dra. Cizel I. Zea Iriarte



Coordinador General de Especialidades Médicas

Dr. Luis Alfredo Ruiz Cruz

Dr. Carlos Albero Alvarado Dujias

Decano
Facultad de Ciencias Médicas





UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
CENTRO DE INVESTIGACIONES DE LAS CIENCIAS DE LA
SALUD - CICS-
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO, CUM.
9a. Avenida 9 - 45, Zona 11
Teléfono de Oficina: 4851900



Guatemala, 29 de Septiembre de 20

Dra. Cizel I. Zea Iriarte.
Coordinadora del Programa de
Maestría de Salud Pública.

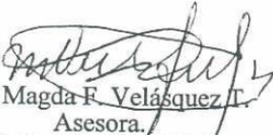
Dra. Zea:

He asesorado la elaboración del informe final del trabajo de investigación titulado: "Evaluación de la calidad del diagnóstico de causa de muerte en mujeres en edad reproductiva, a través de la técnica de Autopsia Verbal", presentada por el Dr. Carlos Humberto Escobar Juárez, quien se identifica con el número de carnet 100008643.

El trabajo en mención cumple con los requisitos metodológicos del diseño planteado, considero actualmente puede ser sometido a su consideración para ser aprobado.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"


Dra. Magda F. Velásquez T.
Asesora.
Colegiada No. 6,730

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS, FASE IV
PROGRAMA DE ESPECIALIDADES MÉDICAS
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA



DICTAMEN DE REVISOR DE TESIS

SEÑOR COORDINADOR a.i DE MAESTRÍA:

Cumpliendo con la función que se me asignó de revisar el informe final de tesis del estudiante: **Carlos Humberto Escobar Juárez**, Con carné universitario No. **100008643**, titulado:

***“EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DEL DIAGNOSTICO DE
CAUSA DE MUERTE EN MUJERES EN EDAD
REPRODUCTIVA A TRAVÉS DE LA
TÉCNICA DE AUTOPSIA VERBAL ”***

Traslado a usted el siguiente dictamen: Actualmente, tanto el desarrollo metodológico del estudio como su contenido, cumplen con los requisitos que un informe final de una investigación científica debe de incluir; por lo tanto cumple con los requisitos del Programa de Maestría en Salud Pública de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

Atentamente,

Dr. Alfredo Moreno Quiñónez

Nombre del Revisor

No. de colegiado: 5,304

Firma del Revisor

Guatemala, 13 de octubre 2003



FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
Ciudad Universitaria, Zona 12
Guatemala, Centroamérica

Guatemala, 13 de octubre 2003

Doctor
Joel Sical Flores
Coordinador a.i Maestría en Salud Pública
Facultad de Ciencias Médicas
Presente

Estimado Doctor Sical:

Para su conocimiento y efecto le informo que luego de revisar el informe final de tesis presentado por el estudiante **Carlos Humberto Escobar Juárez**, titulado "**Evaluación de la calidad del diagnóstico de causa de muerte en mujeres en edad reproductiva a través de la técnica de autopsia verbal**". El mismo cumple con los requisitos establecidos por la Maestría en Salud Pública.

Agradeciendo la atención a la presente de usted. Atentamente,

Dr. Alfredo Moreno Quiñónez
Coordinador de Investigación
Maestría en Salud Pública

C.c. Archivo

M.A. Cayetano Ramiro de León Rodas
Director Consultor Col. No. 345

Teléfono: 4 341348

Guatemala, 24 de octubre de 2003.

Facultad de Ciencias Médicas
Maestría en Salud Pública
USAC.

A quien interese.

Tengo el honor de saludarlo y, al mismo tiempo, informarle que en mi calidad de especialista en formalidades lingüísticas, he revisado: sintaxis, morfología, semántica, ortografía, metalingüística y otros aspectos. Respeté las correcciones de los señores asesores, en cuanto a lo técnico de la especialidad, con el fin de asegurar el contexto de la tesis de:

CARLOS HUMBERTO ESCOBAR JUÁREZ

Recibí el original para supervisar las correcciones realizadas en la copia que, también, debe presentar el profesional en mención.

Atentamente,



Lic. M.A. Cayetano Ramiro de León Rodas
Consultor
Colegiado activo No. 345

Lic. Cayetano Ramiro de León Rodas
COLEGIADO No. 345

CAPÍTULOS

ÍNDICE DE CONTENIDOS

Página:

RESUMEN

CAPÍTULO I	INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO II	ANTECEDENTES	5
CAPÍTULO III	JUSTIFICACIÓN	18
CAPÍTULO IV	OBJETIVOS	20
CAPÍTULO V	MATERIAL Y MÉTODOS	21
CAPÍTULO VI	RESULTADOS	26
CAPÍTULO VII	DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	48
	CONCLUSIONES	61
	RECOMENDACIONES	63
	REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA	64
	ANEXOS	68

RESUMEN

Se calcula que la razón global de mortalidad materna en los países de América Latina y del Caribe es de 190 por 100,000 nacidos vivos, lo que representó en 1995 unas 22,000 defunciones maternas. Las mujeres con complicaciones obstétricas mueren, generalmente, en un plazo de 48 horas. Las defunciones causadas por hemorragia y septicemia están relacionadas con la calidad de atención del parto, la capacidad de respuesta de los servicios de salud ante las situaciones de urgencia que deben ser atendidas en el nivel local (3, 5, 11, 25, 27, 40).

La OMS ha calculado que, en la Región Latinoamericana, por cada muerte que se produce durante el embarazo, parto o puerperio, alrededor de 135 mujeres desarrollan enfermedades durante el embarazo o después del parto que no son adecuadamente identificadas convirtiéndose en problemas crónicos de salud (25, 27).

En esta investigación se empleó la técnica de autopsia verbal para: evaluar la calidad del diagnóstico de causa de muerte de mujeres en edad reproductiva (12 a 50 años) e identificar las causas que la ocasionan. El estudio se realizó en los Municipios de Patzún, San José Poaquil, San Juan Comalapa, San Martín Jilotepeque, San Pedro Yepocapa y Tecpán Guatemala, del Departamento de Chimaltenango, del 01 de enero de 2000 al 31 de diciembre de 2001.

En los años 2000 y 2001 fallecieron 102 y 97 mujeres en edad reproductiva, respectivamente. El total de entrevistas realizadas fue de 175 (87.94%) lo cual es satisfactorio tomando en cuenta las barreras culturales, el acceso a las comunidades y el costo económico que cada entrevista significa.

Al comparar el diagnóstico del Registro Civil con el de causa básica de muerte establecido a través de la técnica de autopsia verbal, se observó coincidencia en un 37.71%. Si se acepta como válido que el diagnóstico obtenido a través de la técnica de autopsia verbal es correcto, entonces, es posible afirmar que la calidad de diagnóstico de causa de muerte de mujeres en edad reproductiva es deficiente en los municipios en los cuales se realizó esta investigación.

Adicionalmente, se pudo establecer que las causas asociadas de muerte con mayor incidencia fueron: desnutrición crónica del adulto (44.57%) y alcoholismo con desnutrición crónica del adulto (10.29%).

Las causas básicas de muerte con mayor incidencia fueron: enfermedades crónicas del tracto gastrointestinal (20.00%) y presencia de hemorragia del tracto gastrointestinal (9.14%).

TABLAS

ÍNDICE DE TABLAS

Página

TABLA No 1	Total de mujeres fallecidas en edad reproductiva y entrevistas realizadas	27
TABLA No 2	Personas que reportaron el fallecimiento al Registro Civil	28
TABLA No 3	Funcionario que certificó el diagnóstico de causa de muerte	29
TABLA No 4	Medía de edad de la persona entrevistada	30
TABLA No 5	Nivel de escolaridad de las personas entrevistadas	31
TABLA No 6	Parentesco de las personas entrevistadas con las mujeres investigadas	32
TABLA No 7	Frecuencia con la que se utilizó de traductor para comunicarse	33
TABLA No 8	Percepción del entrevistador acerca de la disposición a colaborar	34
TABLA No 9	Medía de edad de las mujeres investigadas	35
TABLA No 10	Nivel de escolaridad de las mujeres investigadas	36
TABLA No 11	Estado civil de las mujeres investigadas	37
TABLA No 12	Ocupación de las mujeres investigadas	38
TABLA No 13	Mujeres que fallecieron por causas asociadas al embarazo, parto o puerperio	39
TABLA No 14	Medía de embarazos, hijos vivos y abortos de las mujeres investigadas	40
TABLA No 15	Respuesta a la pregunta ¿Por qué razón dejó de buscar ayuda?	41
TABLA No 16	Diagnóstico de causa asociada de muerte en las mujeres investigadas	42
TABLA No 17	Coincidencia del diagnóstico de causa asociada proporcionado por el Registro Civil, la Familia y la Autopsia Verbal	43
TABLA No 18	Diagnóstico de causa básica de muerte en las mujeres investigadas	44
TABLA No 19	Coincidencia del diagnóstico de causa básica proporcionado por el Registro Civil, la Familia y la Autopsia Verbal	45
TABLA No 20	Diagnóstico de causa directa de muerte en las mujeres investigadas	46
TABLA No 21	Coincidencia del diagnóstico de causa directa proporcionado por el Registro Civil, la Familia y la Autopsia Verbal	47

CAPÍTULO I INTRODUCCIÓN

Las tasas de mortalidad en los menores de cinco años y la materna, son dos de los indicadores de daño a la salud más utilizados para determinar las condiciones de vida en una población y la capacidad de respuesta del sector salud para proteger a dos de los grupos más vulnerables (33).

Guatemala ocupa uno de los primeros lugares de mortalidad materna en el hemisferio occidental. Entre 1997 y 1999 las tasas de mortalidad en este grupo fue de 94.86, 97.25 y 111.05 por 100,000 nacidos vivos, respectivamente (3, 5, 16).

Por su magnitud, en 1995, este problema fue definido como una prioridad de salud en la suscripción de los acuerdos de paz por parte del Gobierno de Guatemala y la Unidad Revolucionaria Nacional Guatemalteca (11). En ese documento se planteó que se debería trabajar para alcanzar la reducción de la mortalidad materna e infantil, antes del año 2000, a un 50% del índice observado en esa fecha (111.65 por 100,000 nacidos vivos) (13).

Las muertes maternas, en proporción a las muertes de mujeres en edad fértil, representan para el país un promedio del 10% como máximo. Sin embargo, es posible observar proporciones que se encuentran entre el 32% para Ixcán y 0.85% para Amatitlán. Estos datos sugieren que no todas las muertes de mujeres en edad reproductiva son investigadas, provocando el desconocimiento real de las muertes asociadas al embarazo, parto o puerperio (3, 5, 40, 46).

La distribución geográfica de la mortalidad materna muestra una tendencia a focalizarse en los departamentos del altiplano y el Norte del país, regiones con mayor subdesarrollo social y económico; lo cual coincide con estudios sobre inequidades en los que se evidencia la existencia de diferencias estadísticamente significativas entre los distintos estratos sociales de Guatemala (3, 5, 16, 44).

Desde 1988 se han realizado esfuerzos por detectar las principales causas de mortalidad de mujeres en edad reproductiva, sus condiciones y las limitaciones del sistema de registro. Los primeros estudios realizados por Medina y el INCAP en 1989 mostraron niveles de mortalidad materna de 220 a 230 por 100,000 nacidos vivos. Estos estudios evidenciaron un importante subregistro de la muerte materna, tanto en el hospital como en el hogar. Los hospitales presentaron un subregistro del 60 al 90%. Por otro lado, Kestler (17) quien ha estudiado por más de seis años la

mortalidad materna del Área metropolitana, ha encontrado 3 veces más muertes que las registradas en las boletas de defunción del registro civil (17).

Es importante insistir en que la adecuada clasificación de causa de muerte puede utilizarse en salud pública para: a) establecer la importancia que tienen las diferentes causas de muerte; b) Identificar y priorizar intervenciones apropiadas; c) Estudiar la tendencia de la mortalidad por causa específica en el tiempo; d) hacer comparaciones de mortalidad por causa específica entre grupos, regiones o países y, e) Evaluar el impacto de las intervenciones para la disminución de muertes por causas específicas (2, 4, 10, 21).

La técnica de autopsia verbal se ha utilizado ampliamente para evaluar las causas de muertes asociadas al embarazo, parto o puerperio y en menores de cinco años (Gris, Smith y Barss 1990; Kwast, Rochat y Kidane-Mariain 1986; Fortney et al. 1986) (4). La necesidad de establecer el diagnóstico de la causa de muerte a través de una autopsia verbal, surgió con el interés por aproximarse a los parámetros de los diagnósticos médicos que se han reconocido como válidos (Kalter 1990, Chandraniohan 1994) (4). Sin embargo, para determinar las causas de muerte materna, en Guatemala, la aplicación sistemática de esta técnicas es muy limitada.

En este estudio se empleó como medio para alcanzar los siguientes objetivos: evaluar la calidad de diagnóstico de causa de muerte de mujeres en edad reproductiva (12 a 50 años); e identificar las causas que las ocasionan. Esta investigación abarcó el periodo comprendido entre el 01 de enero de 2000 al 31 de diciembre de 2001, en los Municipios de Patzún, San José Poaquil, San Juan Comalapa, San Martín Jilotepeque, San Pedro Yepocapa y Tecpán Guatemala, del Departamento de Chimaltenango.

Se estableció el fallecimiento de 102 y 97 mujeres en edad reproductiva en los años 2000 y 2001 respectivamente. El total de entrevistas realizadas fue de 175 / 199 (87.94%) lo que puede considerarse como altamente satisfactorio tomando en cuenta las barreras culturales, el acceso a las comunidades y el costo económico que cada entrevista significa.

Por otra parte, se pudo establecer que la frecuencia porcentual de coincidencia del diagnóstico de causa básica de muerte del Registro Civil y, el obtenido a través de la técnica de autopsia verbal, ocurrió en 37.71% de los casos. Si se acepta el supuesto que el diagnóstico de causa básica obtenido a través de la técnica de autopsia verbal es correcto, entonces, interpretar que en el Registro Civil,

7 de cada 10 casos son certificados incorrectamente.

El análisis de los datos permitió construir el siguiente perfil general de las mujeres investigadas: la media de edad de las mujeres casadas fue de 38.32 años y de las mujeres solteras de 26.54 años (7 de 10 están casadas y 3 de cada 10 solteras). El 46.29% no asistió a la escuela y no sabían leer ni escribir al momento de su muerte. El 38.86% realizó estudios de primaria sin llegar a completarla y, únicamente, el 14.85% realizó estudios completos de primaria y más. El 54.57%, además de cumplir con su trabajo de ama de casa, desarrollaba ocupaciones en el campo o en carreras técnicas. La media de embarazos fue de 4.

Si se toma en cuenta que la esperanza de vida al nacer, para las mujeres de Guatemala, para el 2000 se estimó en 69.8 años (27) y, se compara con los resultados obtenidos en este estudio, se puede decir que las mujeres fallecidas que pertenecían al grupo de casadas vivieron 31.48 años menos, y, las solteras, 43.26 años menos de los esperados.

Al investigar las causas que ocasionan la muerte de las mujeres en edad reproductiva, se pudo establecer que las causas asociadas de muerte con mayor incidencia fueron: desnutrición crónica del adulto (45.14%); alcoholismo y desnutrición crónica del adulto, (10.28%).

Las causas básicas de muerte con mayor incidencia fueron: enfermedad crónico - degenerativa del tracto gastrointestinal (20.57%) y hemorragia del tracto gastrointestinal (9.14%).

Otro aporte importante de este estudio, es que permitió investigar si las mujeres fallecidas buscaron ayuda médica antes de la muerte, para ello se preguntó ¿cuál fue el motivo por el cual no se buscó ayuda?, obteniendo las siguientes respuestas: “siempre se buscó ayuda pero el tratamiento no sirvió” (29.14%). (6.29%) personas, respondió que su familiar “buscó ayuda y no encontró apoyo en los servicios de salud”. En estas respuestas se reflejan las limitaciones de los servicios de salud para atender con eficacia los problemas de salud que presentaron las mujeres fallecidas.

Un 8.57% expresó que “se buscó ayuda demasiado tarde”; y, 5.71% reconoció que “la paciente o la familia habían subestimado el riesgo de la enfermedad que le aquejaba”. 18.86% respondió que “la paciente o su familia decidieron que lo mejor era morir en su casa”. 13.14% de entrevistados expresaron que “la paciente era muy pobre y no contaba con el dinero suficiente para pagar sus pasajes y la medicina”. En esta respuesta se hace evidente la realidad miserable en la que vive la mayoría de las mujeres de nuestra sociedad.

Para identificar el grado de satisfacción por la calidad de atención recibida, se analizó la respuesta de los 77 familiares que reconocieron haber requerido atención a la salud de su familiar, obteniendo los siguientes resultados: 6 de cada 10 familiares piensan que la calidad de atención es buena, 3 de cada 10 piensan que a su paciente le dieron el mejor tratamiento posible y, 6 de cada 10 consultarían nuevamente a ese servicio.

Parece existir satisfacción por la atención recibida; sin embargo, no se debe perder de vista que estos grupos no tienen opciones y siempre que requieran atención médica deberán consultar a los servicios que están a su alcance. La calidad de atención en el nivel local depende de la importancia que se dé por parte de las autoridades de mayor jerarquía del Ministerio de Salud, la cual es fundamental para garantizar la eficacia de las intervenciones individuales y colectivas.

En conclusión, se puede decir que la técnica de autopsia verbal permite: a) aproximar a una evaluación de la calidad del diagnóstico de causa de muerte; b) identificar las patologías que están presentes y ocasionan la muerte de las mujeres en edad reproductiva investigadas; c) definir el perfil de las personas entrevistadas y fallecidas; d) establecer el motivo por el cual no se buscó ayuda o el tipo de respuesta que se obtuvo al hacerlo y, e) obtener la opinión que tienen las personas entrevistadas acerca de la calidad de atención recibida hacia la persona fallecida.

Con base en lo anterior se recomienda que: a) los resultados de este estudio puedan y deban ser utilizados como insumo de discusión, para decidir acciones que sean pertinentes y oportunas, en beneficio de las mujeres en edad reproductiva en particular y de la sociedad guatemalteca en general; b) es importante mejorar la calidad del diagnóstico de causa básica de muerte de mujeres en edad reproductiva con el objetivo de desarrollar y fortalecer programas que prevengan o permitan el abordaje oportuno y efectivo de las morbilidades que se han identificado en esta investigación. La técnica de autopsia verbal es una opción que debe ser tomado en cuenta.

CAPÍTULO II ANTECEDENTES

1. Contexto general

Guatemala limita al Norte y Noroeste con México, al este con Honduras, El Salvador y Belice, y, al Sudoeste con el océano Pacífico. Tiene una extensión territorial de 108,889 km² dividida, administrativamente, en 22 departamentos y 331 municipios, con 20,485 poblados. En el año 2000 el país contaba con una población estimada en 11,433,694 habitantes, con una densidad media de 102 habitantes por km² que oscila entre 1,177 en el departamento de Guatemala (23% del total de la población) y 9 en Petén; 65% de la población vive en zonas rurales. El país se caracteriza por una amplia variedad étnica, lingüística y cultural. La población indígena constituye 48% de la población total y está compuesta por los pueblos garífuna, xinka y maya. Esta numerosa población habla en más de 125 idiomas y dialectos autóctonos que corresponden a 24 grupos lingüísticos (3, 5, 17).

El 29 de diciembre de 1996, con la firma del Acuerdo de Paz Firme y Duradera, entraron en vigencia 12 compromisos que dieron fin a 36 años de conflicto bélico interno y cuyo proceso de negociación se había iniciado formalmente en 1990. El Plan de Gobierno 2000 - 2004 orienta sus políticas al cumplimiento de las metas fijadas en el Acuerdo de Paz (13, 17).

Guatemala ingresa al siglo XXI con un índice de desarrollo humano de 0.619, que la ubica en el lugar 120 entre 174 países. El 75% de la población vive en condiciones de pobreza, cuya incidencia es mayor en la zona rural que en la urbana (75,6% frente a 28.8%). La Región Metropolitana (departamento de Guatemala) presenta un índice de desarrollo humano más alto (0.70) y, las regiones con mayoría indígena, la Norte (0.53) y la Noroccidental (0.49) tienen los índices más desfavorables (3, 5, 16, 27).

La actividad agrícola contribuyó a la economía del país con 26% del producto interno bruto (PIB) y generó 60% del empleo. El fenómeno de la migración laboral interna se estima que afecta a 1,438,694 personas. La economía guatemalteca creció 5% en 1998, uno de los años de mayor expansión de la década, pero, estuvo sujeta a tensiones e inestabilidades y pronto empezaron a manifestarse algunos indicadores de fuertes desequilibrios macroeconómicos, entre ellos, el aumento del déficit fiscal del Gobierno central (2.3% del PIB), la mayor inestabilidad del tipo de cambio y de la tasa de interés debido al empeoramiento de la balanza comercial y el déficit de la cuenta

corriente de la balanza de pagos. A causa de la política fiscal expansiva, el gasto del Gobierno creció 32.8%, sin que se produjera un aumento equivalente de los ingresos tributarios. En 1999 y 2000 las tasas anuales de variación del PIB fueron de 3.6% y 3.3%, respectivamente y, los valores del PIB per cápita, a precios de 1995, fueron de 0.9% y 0.8% (3, 5, 16, 27).

La tasa global de fecundidad de la población indígena y no indígena se mantuvo estable. Sin embargo, se observaron valores menores en las tasas de la población no indígena, lo que expresa desigualdades de salud y diferencias según, el grado de desarrollo económico, que ponen de relieve la necesidad de identificar, medir y reducir las disparidades en cuanto a las condiciones de vida y las oportunidades de acceso a los servicios de salud (3, 5, 16, 27).

En el año 2000 la tasa anual de crecimiento demográfico fue de 2.9%. Del total de población, 44% correspondía a menores de 15 años y 5.3% a mayores de 60. En las zonas rurales, 38% de la población tenía menos de 15 años, 37% entre 15 y 44 años y, 8% entre 45 y 49 años. La esperanza de vida fue de 67.2 años, 64.7 para los hombres y 69.8 para las mujeres (3, 5, 16, 27).

2. Mortalidad

En 1999 se registraron 53,486 defunciones, con una tasa de mortalidad general de 4.8 por 1.000 habitantes. Las tasas más altas se registraron en los departamentos de Retalhuleu (7.1 por 1.000 habitantes) y Escuintla (6.9 por 1.000). Las primeras causas de mortalidad general para ambos sexos correspondieron a neumonía y diarrea; estas causas representaron 22.3% y 6.0% del total de defunciones, respectivamente. En los hombres, la tasa de mortalidad por 100,000 habitantes fue debido, en primer lugar, a neumonía (114) y, en segundo lugar, a enfermedad diarreica aguda (51.1) mientras que en las mujeres, fue de 95.8 y 35.4 por 100,000 para ambas enfermedades. La tercera causa de muerte para los hombres fue el homicidio (40.7 por 100,000) y para las mujeres la desnutrición (16.8 por 100,000). Las neoplasias y el infarto de miocardio aparecen como cuarta y quinta causa de defunción para ambos sexos. En 1997, según datos del INE, la mortalidad proporcional por los seis grandes grupos de causas fue: enfermedades transmisibles 13%, tumores 7%, enfermedades del sistema circulatorio 12%, ciertas afecciones originadas en el período perinatal 8%, causas externas 13% y, todas las demás causas, 47%. De 53,486 defunciones registradas en 1999, 33.6% correspondieron al grupo de personas mayores de 60 años. Los médicos certificaron

59.8% del total de las defunciones, otra autoridad certificó 31.2% y, las comadronas u otro personal empírico, 9%. Al analizar el comportamiento de la mortalidad, debe considerarse 56% de subregistro estimado en el nivel nacional (3, 5, 16, 27).

3. Situación actual de la morbilidad y la mortalidad materna

3.1 Contexto epidemiológico y social

Se calcula que la razón global de mortalidad materna en los países de América Latina y del Caribe (ALC) es de 190 por 100,000 nacidos vivos, lo que representó en 1995 unas 22,000 defunciones maternas. Es importante considerar que las mujeres de esos países todavía mueren de las mismas causas que las mujeres de los países industrializados a principios del siglo XX. La mortalidad materna puede analizarse recurriendo a definiciones médicas, distinguiendo entre "causas obstétricas directas" y "causas obstétricas indirectas". En todos los Estados Miembros (incluidos Canadá y Estados Unidos) predominan las causas obstétricas directas, que superan el 70%. Entre estas causas médicas primarias figuran la hemorragia (25%), septicemia (15%), complicaciones del aborto (13%), eclampsia (12%) y parto obstruido (8%). Al analizar las causas obstétricas directas (excluyendo el aborto), la hemorragia, la septicemia y la toxemia son las tres causas más comunes, seguidas por las complicaciones del puerperio (3, 5, 16, 25, 27).

Las mujeres con complicaciones obstétricas mueren, generalmente, dentro de un plazo de 48 horas. Las defunciones causadas por la hemorragia y la septicemia están más relacionadas con el propio parto. Los trastornos hipertensivos del embarazo son un contribuyente fundamental de la morbilidad grave y la mortalidad materna. Estas complicaciones están directamente relacionadas con la falta de acceso o utilización de los servicios de maternidad. Además, los servicios a menudo no pueden responder a las situaciones de urgencia y, la calidad de su atención es deficiente (3, 5, 16, 17).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha identificado la infección por el VIH/SIDA como un factor fundamental de defunción obstétrica directa, equivalentes a la ocasionada por la infección puerperal y complicaciones del aborto provocado. La infección por el VIH/SIDA también se identificó como contribuyente de causas indirectas como anemia, tuberculosis y, de defunción materna (OMS, 1998). En los países de ALC, se calcula que 1,4 millones de adultos y niños padecen actualmente la infección por el VIH/SIDA. Un cuarto de los adultos VIH-positivos son mujeres. El

Caribe es la zona más gravemente afectada de la Región. Haití tiene las tasas más altas de infección por el VIH/SIDA y, en 1996, 13% de las mujeres embarazadas estuvieron infectadas por el VIH. Las causas obstétricas indirectas probablemente se notifican insuficientemente (3, 5, 25, 27, 39, 39).

Adicionalmente, la OMS ha calculado que por cada muerte materna en la Región, se producen 135 casos que después del embarazo y el parto, desarrollan problemas de salud crónicos como prolapso uterino, fistulas e incontinencia, los cuales son prevenibles (25, 27).

Los datos disponibles indican que las complicaciones del aborto son un factor importante, que contribuye a la mortalidad materna. Veinte países de la Región han reconocido que el aborto es un problema importante de salud pública. Los cálculos recientes proporcionan una cifra general de 2,8 millones de abortos cada año en seis países de América Latina y el Caribe (Comisión de Población y Desarrollo de las Naciones Unidas, 2002). Estas defunciones maternas son sólo la punta del iceberg pues, las tasas subyacentes de morbilidad son mucho mayores (3, 5, 16, 25, 27).

El embarazo de las adolescentes es un tema fundamental de la maternidad sin riesgo, pues entre las madres adolescentes se da un número desproporcionadamente elevado de defunciones y discapacidades maternas. En los países de ALC, cerca de una tercera parte de las mujeres de edades comprendidas entre 20 y 24 años ya han tenido su primer embarazo a los 20 años. Muchos de estos embarazos son no deseados o inoportunos, por lo que tienen mayor probabilidad de ocasionar problemas de salud a la madre, bien por que conducen al aborto o porque las mujeres jóvenes tienden menos a buscar la atención apropiada. Además, la falta de desarrollo físico y fisiológico de las jóvenes menores de 16 años de edad las hace particularmente vulnerables a las complicaciones que surgen durante el embarazo y el parto (25, 27, 35).

Aunque la mortalidad y la morbilidad, materna, afecta a las mujeres de todos los estratos sociales y económicos, muere un número desproporcionadamente mayor de mujeres pobres y analfabetas, quienes en su mayoría residen en zonas rurales. Entre las adolescentes, las complicaciones del embarazo y el parto son una causa importante de mortalidad. La legislación, las creencias culturales o las prácticas que menosprecian a las mujeres contribuyen a generar esta disparidad al limitar su acceso al desarrollo económicos, social y educativo. Por lo tanto, la muerte o la discapacidad es resultado de la situación de extrema desventaja en la que se encuentran muchas mujeres en los países de América Latina y el Caribe (3, 5, 14, 25, 27).

3.2 ¿En qué partes de la Región mueren las mujeres?

Las Américas presentan algunas de las mayores inequidades en mortalidad materna del mundo. Por ejemplo, en Canadá hay sólo 4 defunciones maternas por 100,000 nacidos vivos, frente a 523 en Haití. Aun dentro de América Latina hay grandes disparidades. Chile presenta una tasa de mortalidad materna de 23 por 100,000 nacidos vivos, frente a 390 en Bolivia. Los cálculos oficiales indican que las tasas son inferiores a 100 por 100,000 nacidos vivos en Brasil, El Salvador y la República Dominicana. Sin embargo, la subnotificación en las estadísticas oficiales es un grave motivo de preocupación. La OMS ha ajustado las tasas de mortalidad materna para 14 países, de modo que reflejen con mayor precisión la magnitud del problema. Además, la mortalidad materna varía enormemente dentro de los países pues, las inequidades se reflejan en las condiciones socioeconómicas y el acceso a servicios de salud de calidad. En Bolivia, la razón de mortalidad materna varía significativamente, según la región geográfica (altiplano, valles o mesetas) y según el lugar de residencia (urbano o rural). En las mesetas rurales, entre 1989 y 1994 se contabilizaron hasta 973 defunciones maternas por 100,000 nacidos vivos, frente a 36.1 en las zonas urbanas durante el mismo período (3, 5, 14, 25, 27).

4. Autopsia Verbal

La autopsia verbal es una técnica a través de la cual se obtiene información pertinente y confiable para identificar los signos y síntomas relevantes de la enfermedad que conducen a la muerte. La información se obtiene por medio de una entrevista estructurada que permite obtener datos de la persona entrevistada la cual, preferentemente, debe ser un familiar cercano o un amigo de la familia que conoce la historia de la enfermedad de la persona fallecida, el antecedente de haber buscado ayuda, las personas e instituciones que atendieron a la persona fallecida y, expresa su opinión de la calidad de atención brindada. El análisis de la historia de la enfermedad, lo realiza un grupo de expertos, quienes determinan el diagnóstico de la enfermedad, que con mayor probabilidad produjo la muerte.

La información sobre la incidencia y las causas de muerte materna es fundamental en salud pública, para identificar los problemas específicos que afectan a este grupo y diseñar intervenciones apropiadas para reducir la morbilidad y la mortalidad por condiciones que se pueden prevenir. La

información exacta sobre la naturaleza y predominio de causas de muerte es esencial para orientar a los políticos en la determinación de acciones prioritarias hacia los programas de Maternidad Segura. Niveles altos de muerte debido a sépsis puerperal, por ejemplo, puede indicar la necesidad para mejorar las acciones durante y después del parto y, el énfasis para la detección y referencia durante el embarazo, de madres con alto riesgo de desarrollar complicaciones (2, 4, 10, 11, 25, 31, 40)

Normalmente, se obtienen datos de las causas de muerte a través del registro vital rutinario de muertes. Cuando ocurre una muerte, por lo general, un médico llena un formulario de registro de defunción, lista las condiciones o enfermedades que llevan a la muerte y determina una de esas condiciones como la causa directa, básica o asociada. Sin embargo, en situaciones donde el acceso al cuidado médico es limitado y, donde una proporción significativa de las muertes ocurre en casa con ausencia de personal médico especializado, la determinación de causa de muerte es muy difícil. Para facilitar la determinación de las causas de muerte en estas circunstancias y, obtener información confiable sobre los signos y síntomas que precedieron a la muerte se entrevista a parientes de la persona fallecida (Garenne y Fontaine 1986; Zimicki 1986) a este procedimiento se le denomina "autopsia verbal" (4, 10, 11).

La técnica de autopsia verbal se ha utilizado ampliamente para evaluar las causas de muerte de niños y mujeres en edad reproductiva (Gris, Smith y Barss 1990; Kwast, Rochat y Kidane-Mariaín 1986; Fortney 1986). La necesidad de validar el diagnóstico de la causa de muerte a través de autopsia verbal, nace por el interés de aproximarse a los parámetros de los diagnósticos médicos reconocidos (Kalter et al. 1990, Chandraniohan et al. 1994). Sin embargo, para determinar las causas de muerte materna no se contaba con revisiones críticas y sistemáticas de esta técnica (4).

El consenso entre expertos en la técnica de autopsia verbal establece la importancia de enfocarse en los componentes de una entrevista post mortem hecha a los parientes o quienes conocieran las circunstancias en las que se produjo la muerte, determinando causas médicas y factores contribuyentes de la muerte de la mujer investigada. Se reconoce que las personas que prestan cuidados a la salud pueden proporcionar importante información de las circunstancias que ocasionaron la muerte y, que los registros médicos pueden ser valiosos para llegar a un diagnóstico de la causa básica de la muerte, se insiste en que, para determinar la causa de la muerte a través de

la autopsia verbal, se utilice únicamente la información proporcionada por quienes se relacionaron con la persona fallecida (4).

En resumen, la entrevista post mortem debe constar de:

- a. autopsia verbal
Entrevista con parientes (padres) de la persona fallecida, para reconstruir a posteriori un diagnóstico de las causas médicas que ocasionaron la muerte;
- b. determinación verbal de las causas no-clínicas de muerte
Ésta es una reconstrucción de los factores asociados con el cuidado, la búsqueda de cuidado y el acceso a los lugares en los cuales se brinda atención médica;
- c. información verbal de características de fondo
Ésta incluye la edad, paridad, la educación y otras variables sociales.

5. *Objetivo por el cual se debe clasificar la causa de muerte*

En general, las clasificaciones de causa de muerte pueden utilizarse para:

- determinar la importancia que tienen las diferentes causas de muerte para la salud pública;
- identificar y priorizar intervenciones apropiadas;
- estudiar la tendencia de la mortalidad por causa específica en el tiempo;
- hacer comparaciones de mortalidad por causa específica entre grupos, regiones o países;
- evaluar el impacto de las intervenciones para la disminución de muertes por causas específicas.

Dependiendo del contexto donde se realiza la autopsia verbal para investigar la causa de muerte materna, el tamaño pequeño de la muestra puede significar una limitación para la clasificación de la causa de muerte. Puede resultar difícil estudiar las tendencias de la mortalidad y, hacer comparaciones entre regiones básicamente, porque el número de muertes investigadas puede ser muy pequeño. No obstante, se anotan las causas de muerte materna que han sido identificadas como prioritarias para definir una intervención y, la clasificación utilizada debe seguir un formato que facilite la identificación de estrategias de intervención apropiadas (4).

6 Signos y síntomas para determinar las causas obstétricas / médicas de muerte de mujeres en edad reproductiva:

La identificación de signos y síntomas característicos de la causa específica de muerte en mujeres en edad reproductiva es una prioridad orientada a facilitar y estandarizar el proceso y desarrollo de la encuesta. Al revisar las encuestas utilizadas previamente, de estudios en los cuales se ha empleado la técnica de autopsia verbal, se observa que ha existido una variación substancial en el número de las preguntas (con un rango que va de 19 a 200 preguntas); también existe diferencia en los signos y síntomas investigados. Si se pudiera establecer en consenso una lista mínima de signos y síntomas, sería más fácil formular un conjunto de preguntas estandarizadas (4).

Entre los expertos existe consenso de la necesidad de establecer una lista inicial de signos y síntomas que sea lo más comprensible posible y, en una fase posterior, deberían validarse para determinar su valor predictivo y determinar la factibilidad de ser reconocidos o rechazados correctamente por parte de las personas entrevistadas (4).

Los síntomas deben ser clasificados, en lo posible, como: esenciales, presuntivos, patognomónicos, y diferenciales.

6.1 Síntomas esenciales

Al investigar una patología específica deben estar presentes, sin embargo no son suficientes para lograr un diagnóstico definitivo. Suelen estar presentes en la mayoría de las pacientes con el diagnóstico investigado, pero también entre los pacientes con otros diagnósticos (4).

6.2 Síntomas presuntivos

Son aquellos que, al presentarse en combinación con uno o más síntomas esenciales, ayudan a diferenciar el diagnóstico de interés. Éstos pueden o no estar presentes en la mayoría de las pacientes con el diagnóstico de interés (4).

6.3 Síntomas diferenciales

Ayudan para excluir otros diagnósticos del de interés. Éstos están típicamente ausentes o son menos comunes entre las pacientes con el diagnóstico de interés (4).

6.4 Síntomas patognomónicos

Es un criterio único o, en combinación con síntomas esenciales, para confirmar un diagnóstico. Éstos pueden o no estar presentes en la mayoría de los pacientes con el diagnóstico de interés pero, están típicamente ausentes entre los pacientes con otro tipo de diagnósticos (4).

7. Plan de la encuesta

Existe acuerdo en que toda autopsia verbal debe ir acompañada del siguiente plan:

- lugar en el cual se realiza la entrevista,
- identificación de la persona entrevistada,
- identificación de la persona fallecida,
- edad de la mujer fallecida,
- tiempo transcurrido desde la muerte,
- lugar de la muerte,
- causa de la muerte reportada por el entrevistado,
- historia obstétrica de la persona fallecida,
- persona encargada de atender a la persona fallecida,
- antecedentes de atención médica prenatal o antes de enfermar (empleo de servicios prenatales),
- asistencia recibida durante la enfermedad,
- condiciones del parto,
- condición socioeconómica de la persona fallecida.

8. Al realizar una autopsia verbal ¿Debe contener una historia abierta?, de ser así ¿Dónde debe estar en la encuesta?

Los expertos están de acuerdo en que el relato abierto (literalmente, la historia abierta) es un componente esencial de la entrevista. Se afirma que el relato abierto debe priorizarse antes de pasar a la parte estructurada de la encuesta y, con ello, establecer una mejor relación con la persona entrevistada ("rompiendo el hielo").

Se sugiere que el relato abierto (sin restricciones) se realice con base en un "plan", es decir, buscando un orden que permita identificar los síntomas y su duración, así como el ordenamiento de

las acciones adoptadas antes de que ocurriera la muerte. Se percibe que esta manera de realizar la autopsia verbal es óptima para identificar la sucesión de eventos que condujeron a la muerte. Sin embargo, para ello es necesario contar con entrevistadores con entrenamiento cuidadoso y supervisar su trabajo para garantizar que se hagan los apuntes correctos y se optimice el tiempo (4).

9. ¿Se debe dividir la encuesta en módulos para relacionar y determinar la edad gestacional (embarazo, parto, post parto) en las mujeres que fallecen por causas asociadas al embarazo, parto o puerperio?

Los módulos deben ser construidos en una secuencia que tenga sentido para la persona que responde a la entrevista, más que para el entrevistador o codificador. El conjunto de preguntas relacionadas con el embarazo, seguidas por preguntas relacionadas con el parto y finalizando con preguntas relacionadas con el post parto, darán un orden lógico a la entrevista. Este orden cumple la función de filtro, pues si la mujer falleció durante el embarazo, allí se debe concluir la entrevista sin necesidad de proceder a desarrollar el interrogatorio de las otras partes del instrumento (4).

También se han hecho algunas recomendaciones para que la estructura del instrumento permita identificar la edad gestacional en que ocurrió la muerte (embarazo temprano, embarazo tardío, parto o post parto) y construir una lista separada de preguntas para cada periodo. Este módulo ha sido utilizado con éxito en Nicaragua.

10. ¿Deben relacionarse las acciones y el cuidado con los signos y síntomas o, se debe hacer por separado?

Con relación a esto, se ha planteado la necesidad de formular preguntas que permitieran identificar factores de riesgo presentes y que, de alguna manera contribuyeron a la muerte; estas preguntas deberían ser incluidas al final en un módulo separado.

Idealmente, las preguntas que se relacionan con la búsqueda de cuidado deben estar orientadas a la identificación de enfermedades importantes, previas a la muerte. Debe obtenerse información detallada sobre todos los lugares donde se buscó la atención (es decir, la propia casa, alguna otra casa, hospital, clínica particular, el centro de salud) sobre la persona que brindó el cuidado (es decir un pariente, comadrona tradicional, curandero, voluntario de salud, médico obstetra, estudiante de

medicina o de enfermería); también se debe investigar sobre el tipo de cuidado recibido y los casos en los cuales hay retrasos para recibir atención y, qué facilidades existen para tener acceso al cuidado. Consecuentemente, se pueden haber buscado diferentes tipos de cuidado para una misma enfermedad que precedió a la muerte; al incluir estas preguntas se corre el riesgo de construir una encuesta muy larga. La experiencia de los participantes ha permitido adquirir el compromiso para elaborar un juego reducido de preguntas para establecer la búsqueda de cuidado. Sin embargo, se percibe que haciéndolo así, la información recolectada podría perder sentido y que valdría la pena invertir en un interrogatorio largo que aborde todas las acciones adoptadas antes de que ocurra la muerte (4).

11. ¿Necesitamos efectuar preguntas para identificar problemas durante el embarazo anterior (Por ej. antecedentes de retención de placenta)?

Las preguntas que se deben realizar dependen de los signos y síntomas mínimos que son identificados para llegar a un diagnóstico de causa de muerte. No debe haber ninguna pregunta sobre los signos y síntomas que no aparecen en esta lista. En el caso de embarazo ectópico anterior o eclampsia anterior, por ejemplo, si no aparecen signos o síntomas mínimos, no debe realizarse ninguna pregunta con relación a estas enfermedades. Por otra parte, si existen indicios (signos o síntomas) que orienten el diagnóstico de ruptura uterina, es conveniente incluir preguntas relacionadas con el antecedente de cesárea anterior.

Finalmente, se han desarrollado preguntas específicas que pueden servir de ejemplos de cómo llegar a los signos, síntomas o circunstancias que precedieron la muerte. Este acercamiento permite asegurar que se incluyan todas las preguntas pertinentes. Sin embargo, cuando una encuesta final se produce, la cuestión que queda por resolver es el orden en que deben realizarse las preguntas, tomando en cuenta las características del entrevistado y el investigador (4).

12. Aspectos específicos de la recolección de los datos

12.1 Entrevistadores

Existen posturas muy fuertes por evitar una definición a priori de quién debería ser el entrevistador. Hay acuerdo en que la cultura local es muy importante para determinar quién debería ser el entrevistador. Por ejemplo, es importante establecer la aceptabilidad (los entrevistadores

masculinos pueden facilitar el acercamiento inicial con la familia en algunos lugares) y disponibilidad. Otro factor que influye en la decisión es la movilidad (en algunos lugares las mujeres no se pueden movilizar con facilidad).

Se puede percibir que la habilidad médica y la actitud del entrevistador, hacia la familia de la persona fallecida, son más importantes que el género de la persona que entrevista. El entrevistador necesita buen entrenamiento y debe ser observado al realizar su trabajo en las condiciones del campo (4).

Existe la opinión de que es preferible contar con entrevistadores no médicos, pues, ello permitiría grabar o hacer las anotaciones de las respuestas proporcionadas por el entrevistado. Sin embargo, se reconoce que la comunidad médica se debe involucrar en el proceso de la autopsia verbal a través de retroalimentaciones periódicas a partir de los hallazgos en las entrevistas realizadas.

Se considera de suma importancia que los entrevistadores hablen el idioma de los entrevistados.

12.2 Entrevistados

La regla general es: "lo consigue de quien usted puede recibirlo". Todo experto está de acuerdo que, con suerte, la persona identificada debería ser aquella que pudiera dar la información más relevante y confiable (por ejemplo: la persona que estaba con la difunta durante todo el proceso previo a su muerte). Es obvio que esto no se puede llevar a la práctica siempre y superar esta limitación depende del entrevistador al decidir a quién entrevista. La entrevista, generalmente, atrae a gran grupo de personas y resulta difícil decidir a quién se debe excluir de la misma (4).

12.3 Comentarios recibidos por parte de los proveedores de salud

La experiencia general de los expertos es que los archivos médicos, normalmente, son incompletos y faltan a la regularización de su llenado. La rehabilitación de los archivos médicos es dudosa y su uso en autopsia verbal es cuestionada. Se sugiere que las autopsias verbales se deben realizar para determinar la causa de muerte en la ausencia de archivos médicos. La influencia de récord médico en la determinación de las causas de muerte está probada. Y, finalmente, se reconoce la gran dificultad para tener acceso a los registros médicos, particularmente, en los hospitales más grandes.

13. Periodo para realizar la entrevista

La experiencia adquirida a través de los diferentes estudios realizados, permite afirmar que el periodo para realizar autopsia verbal está en el rango que va desde un mes hasta los 10 años. La principal preocupación sobre un periodo denominado largo es la migración e imposibilidad de ubicar a los parientes de la persona fallecida. Se sugirió que en la práctica, un periodo adecuado para realizar la entrevista no debería ser mayor de cinco años. Se piensa que es poco probable que se rechace una entrevista dentro de este periodo, pues, la muerte materna es un evento inolvidable (4).

14. Validación de aspectos específicos de la recolección de los datos

En general, se percibe que el entrevistador no debe estar en oposición con los aspectos relacionados con la práctica de recolección de los datos; muchos de los factores listados necesitan ser validados en la práctica. Se sugiere estudios observacionales para identificar al entrevistador y al entrevistado más apropiado (4).

CAPÍTULO III JUSTIFICACIÓN

La información pertinente y oportuna, respecto de la naturaleza y predominio de causas de muerte en mujeres en edad reproductiva, es esencial para orientar a los políticos en la determinación de acciones prioritarias hacia los problemas específicos de los problemas que afectan a este grupo; y, diseñar intervenciones apropiadas para reducir la mortalidad.

Normalmente, se obtienen datos de las causas de muerte a través del registro civil por la consignación rutinaria de las muertes de mujeres en edad reproductiva. Cuando ocurre una muerte, por lo general, una persona que no es médico llena un formulario de registro de defunción, lista las condiciones o enfermedades que llevan a la muerte y determina una de esas condiciones como la causa subyacente de muerte. En la mayoría de las comunidades rurales del país, existen situaciones en donde el acceso al cuidado médico es limitado y una proporción significativa de las muertes ocurre en casa con ausencia de personal médico especializado, ocasionando que la definición correcta de la causa de muerte sea muy difícil.

Para facilitar la determinación de las causas de muerte en estas circunstancias, una nueva técnica se ha venido desarrollando, al entrevistar parientes de la persona fallecida y obtener información respecto de las circunstancias que condujeron a la muerte.

Se emplea información de los signos y síntomas que precedieron la muerte, con el objetivo de reconstruir la enfermedad que la produjo y determinar la causa de mayor probabilidad (Garenne y Fontaine 1986; Zimicki 1986). Este procedimiento es llamado "autopsia verbal".

Esta técnica se ha utilizado ampliamente para evaluar las causas de muertes de niños y mujeres en edad reproductiva (Gris, Smith y Barss 1990; Kwast, Rochat y Kidane-Mariain 1986; Fortney. 1986) y, surge ante la necesidad de establecer el diagnóstico de la causa de muerte aproximados a los parámetros de los diagnósticos médicos reconocido como válidos (Kalter. 1990, Chandraniohan. 1994). Sin embargo, para determinar las causas de muertes maternas, en Guatemala, las revisión crítica y sistemática del uso de la técnica de autopsia verbal son muy limitadas.

Desde 1988, en Guatemala, se han venido realizando esfuerzos por detectar las principales causas de muerte de mujeres en edad reproductiva, los factores que las condicionan y determinan y, las limitaciones del sistema de registro. Los primeros estudios realizados por Medina y el INCAP en

1989 mostraron niveles de mortalidad materna de 220 a 230 por 100,000 nacidos vivos. Estos estudios evidenciaron un importante subregistro de la muerte materna, tanto en hospitales como en el hogar. Los hospitales presentaron un subregistro del 60 al 90%. Por otro lado, Kestler (17) quien ha estudiado por más de seis años la mortalidad materna del área metropolitana, ha encontrado 3 veces más muertes que las registradas en las boletas de defunción del registro civil.

Es importante insistir en que la adecuada clasificación de causa de muerte puede utilizarse para: a) establecer la importancia, para la salud pública, que tienen las diferentes causas de muerte; b) Identificar y priorizar intervenciones apropiadas; c) Estudiar la tendencia de la mortalidad por causa específica en el tiempo; d) hacer comparaciones de mortalidad por causa específica entre grupos, regiones o países; y, e) Evaluar el impacto de las intervenciones para la disminución de muertes por causas específicas.

Por lo expuesto, se decidió realizar esta investigación con el propósito de contribuir a mejorar los diagnósticos de causa de muerte de mujeres en edad reproductiva posibilitando la identificación de morbilidades que atendidas, oportuna y efectivamente, pueden disminuir la incidencia de muerte en este grupo de alta vulnerabilidad.

CAPÍTULO IV

OBJETIVOS

Objetivo general

Evaluar la calidad del diagnóstico de causa de muerte de mujeres en edad reproductiva, a través de la técnica de autopsia verbal.

Objetivos específicos

1. Evaluar la calidad del diagnóstico de causa de muerte de mujeres en edad reproductiva, reportados por los Registros Civiles de los Municipios del Departamento de Chimaltenango incluidos en la investigación; periodo 2000 y 2001.
2. Identificar las causas que ocasionan la muerte de las mujeres en edad reproductiva.

CAPÍTULO V MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio

El presente estudio es observacional descriptivo.

Población

Total de mujeres en edad reproductiva (12 a 50 años de edad) que fallecieron en el periodo comprendido entre el 01 de enero de 2000 al 31 de diciembre de 2001 y, residían en uno de los siguientes municipios: de Patzún, San José Poaquil, San Juan Comalapa, San Martín Jilotepeque, San Pedro Yepocapa y Tecpán Guatemala, del Departamento de Chimaltenango.

Selección y tamaño de la muestra

En esta investigación, se incluyó al 100% (102 mujeres en el año 2000 y, 97 en el año 2001) de mujeres fallecidas en seis municipios del departamento de Chimaltenango, en el periodo comprendido del 01 de enero de 2000 al 31 de diciembre de 2001.

Unidad de análisis

Objeto de estudio

1. Evaluar la calidad del diagnóstico de causa de muerte de mujeres en edad reproductiva.
2. Identificar las causas que ocasionan la muerte.

Sujeto de estudio

1. Familiar cercano o amigo de la familia que conoció a la persona fallecida y poseía información confiable de los signos y síntomas de la enfermedad que le ocasionó la muerte.
2. Libros del Registro Civil de cada municipio.
3. Instrumento de autopsia verbal utilizado en esta investigación.

Criterios de inclusión

1. Mujeres fallecidas entre los 12 y 50 años de edad.
2. Mujeres que al momento de su muerte residían en los municipios de Patzún, San José Poaquil, San Juan Comalapa, San Martín Jilotepeque, San Pedro Yepocapa, y Tecpán Guatemala, del Departamento de Chimaltenango.
3. Mujeres que fallecieron en el año 2000 o 2001.

Criterios de exclusión

1. No cumplir con uno, o más, de los criterios de inclusión.
2. Familiares o conocidos que no aceptan colaborar para brindar la información requerida.
3. No tener familiares o amigos cercanos en la comunidad.
4. No acceder a la comunidad o a la vivienda por serias dificultades de seguridad o de tránsito.
5. No tener información precisa del lugar de residencia de la persona fallecida.

Variables

1. Calidad del diagnóstico de causa de muerte.
2. Causa de muerte.

Operacionalización de variables

VARIABLE DEPENDIENTE				
Variable	Definición	Indicador	Escala de medición	
Calidad del diagnóstico de causa de muerte.	La calidad del diagnóstico está relacionada con la pertinencia y confiabilidad de la información que se obtiene para determinar con certeza cuáles fueron las condiciones que produjeron la muerte.	La persona que informa: a) conocía a la mujer fallecida (preferentemente familiar); y, b) supo de su enfermedad.	Nominal	Es familiar / No es familiar Supo de la enfermedad / No supo
	La pertinencia y confiabilidad de la información está relacionada con: a) el conocimiento de la mujer fallecida y la historia de la enfermedad que produjo la muerte, por quien informa ante el funcionario que certifica (preferentemente familiar de la mujer fallecida); y, b) que el diagnóstico de la causa de muerte sea certificado por médico, enfermera profesional o auxiliar de enfermería.	La persona que certifica es Médico, Enfermera profesional o Auxiliar de enfermería.	Nominal	Es Médico / No es Médico. Es Enf. Prof. / No es Enf. P. Es Aux. de Enf. / No es A. E.
	La calidad del diagnóstico de causa de muerte de mujeres en edad reproductiva se establece a partir de la coincidencia o no del diagnóstico del Registro Civil con el diagnóstico obtenido a través de la técnica de autopsia verbal.	Coincidencia o no del diagnóstico de causa de muerte del Registro Civil con el de Autopsia Verbal.	Nominal	Existe coincidencia / No existe coincidencia.
VARIABLE INDEPENDIENTE				
Variable	Definición	Indicador	Escala de medición	
Causas de muerte.	Es el conjunto de factores biológicos, ambientales, sociales, económicos, culturales y de acceso a los servicios esenciales para la preservación de la vida, que individual o asociados influyen para que una persona deje de vivir. En esta investigación se estudian, prioritariamente, los factores biológicos y de acceso a los servicios esenciales (hospitales, centros y puestos de salud).	Historia de la enfermedad que ocasionó la muerte. Antecedentes médicos de la persona fallecida. Escolaridad. Estado Civil. Principal actividad productiva. Acceso a los Servicios de Salud. Búsqueda de ayuda médica. Opinión del tipo de ayuda recibida.	<ul style="list-style-type: none"> • Nominal • Cualitativa 	<ul style="list-style-type: none"> • Historia de la enfermedad • Antecedentes importantes • Estudios: SI / No • Soltera / No soltera • Tipo de trabajo realizado • Tuvo acceso: SI / No • Búsqueda de ayuda: SI / No • Buena / Mala

Instrumentos

Se utilizaron 2 instrumentos para la recolección de la información. El instrumento No. 1 Permitted identificar a las mujeres fallecidas. La fuente de información fue el libro de defunciones del Registro Civil de cada Municipio incluido en el estudio (véase pág. No 68). El instrumento No. 2: "Autopsia Verbal" fue utilizado por Estudiantes de Medicina en Ejercicio Profesional Supervisado en el Área Rural, para entrevistar a los familiares de las mujeres fallecidas (véase página No 69).

Ambos instrumentos fueron validados previamente y se capacitó a las(os) entrevistadoras(res). A cada persona entrevistada se le explicó el objetivo del estudio, se garantizó la confidencialidad de la información proporcionada y se solicitó su anuencia para realizar la entrevista.

La recolección de la información se realizó empleando la técnica de autopsia verbal, visitando el domicilio de las mujeres fallecidas e identificando al familiar que mayor cercanía tuvo con la persona fallecida y que, consecuentemente, pudo brindar información pertinente, oportuna y confiable.

Procedimiento para la recolección de datos

Etapa de diagnóstico (Primera etapa); durante esta etapa se investigó

- la tendencia de mortalidad de mujeres en edad reproductiva durante los cinco años previos al estudio en los seis municipios en los cuales se realizó la investigación;
- la incidencia de mortalidad de mujeres en edad reproductiva;
- el diagnóstico de causa de muerte consignado en el libro de defunciones del Registro Civil;
- existencia del croquis de cada comunidad, en donde aconteció una defunción, con el objetivo de facilitar la ubicación de la vivienda y la familia de cada una de las personas fallecidas;

Etapa de identificación de problemas y propuesta de solución (Segunda etapa)

- se elaboró el instrumento de autopsia verbal diseñado para ser aplicado en este estudio;
- se validaron los instrumentos de recolección de información en los Municipios de San Andrés Itzapa y Acatenango (5 encuestas en cada lugar) lo que permitió identificar deficiencia en la redacción de algunas preguntas, la falta de preguntas y de signos y síntomas importantes para determinar los diagnósticos de muerte, la estructura y organización del instrumento. También permitió determinar el tiempo mínimo necesario para cada entrevista. En esta etapa se pudo observar que las familias colaboran más cuando, al inicio de la visita, se les ofrece atención

médica lo que permitió una mejor aceptación hacia el encuestador.

Etapa de validación de la propuesta de solución (Tercera etapa)

Durante la tercera etapa se realizó:

- entrevista a familiares de las personas fallecidas;
- visitas de supervisión y control para verificar la veracidad de la información contenida en las entrevistas realizadas;
- análisis, con el entrevistador y algunos Directores de distrito, de la información obtenida a través de la autopsia verbal para establecer el diagnóstico de causa asociada, básica y directa de muerte así como los signos y síntomas relevantes para llegar a cada conclusión.

Análisis de datos

Los datos de ambos instrumentos se procesaron en el Programa EPI Info 6.4.

Los resultados obtenidos en cada autopsia verbal fueron analizados por los Directores de distrito, los estudiantes de Medicina en EPS Rural y, finalmente, por el ponente del estudio.

La información de cada instrumento fue verificada a través de visitas de supervisión y control realizadas por el investigador. También se contó con el apoyo de Estudiantes de Medicina que realizaron su investigación para obtener el Grado de Licenciatura de Medicina y Cirugía.

Los diagnósticos de causa asociada, básica y directa de muerte fueron agrupados por patologías de sistemas (Ej. Gastrointestinal, Respiratorio, etc.).

Para el análisis de los datos se empleó estadística descriptiva. Para evaluar la calidad del diagnóstico de causa de muerte, se comparó el diagnóstico del Registro Civil y el del familiar entrevistado, con el obtenido a través de la técnica de autopsia verbal.

Procedimientos para garantizar los aspectos éticos de la investigación

A cada persona entrevistada se le solicitó su autorización para ser entrevistada y se le garantizó la privacidad en el manejo de la información proporcionada con el objetivo de garantizar el respeto y la integridad moral de la persona fallecida y sus familiares.

La información obtenida fue manejada con base en las normas del secreto profesional que todo médico o profesional de la salud debe guardar hacia sus pacientes o población de influencia.

CAPÍTULO VI

RESULTADOS

En este capítulo se presentan los resultados obtenidos - luego de la tabulación, depuración y análisis de la información generada - a través de los instrumentos 1 y 2.

Para una mejor comprensión se generaron tablas de dos entradas, con información estratificada por municipios y reportada en frecuencia netas y sus equivalentes porcentuales.

Tabla N° 1

Total de mujeres fallecidas en edad reproductiva y, total de entrevistas realizadas a sus familiares, en seis municipios del Departamento de Chimaltenango, 2000 - 2001

Municipio	Mujeres en edad reproductiva fallecidas e identificadas en el Registro Civil		Total:	Tasa de mortalidad proporcional por cada 100,000 mujeres del mismo grupo de edad		Entrevistas realizadas a familiares de las mujeres fallecidas		Total	Familias que no pudieron ser localizadas	Porcentaje	
	2000	2001		2000	2001	2000	2001			Realizadas	No realizadas
Patzún	11	17	28	94.26	144.54	10	17	27	1	13.57	0.50
San José Poaquil	7	13	20	97.00	178.74	7	13	20	0	10.05	0.00
San Juan Comalapa	16	11	27	152.43	102.23	13	11	24	3	12.06	1.51
San Martín Jilotepeque	36	27	63	239.13	175.75	33	23	56	7	28.14	3.52
San Pedro Yepocapa	5	14	19	89.83	222.54	5	11	16	3	8.04	1.51
Tecpán Guatemala	27	15	42	172.84	92.77	18	14	32	10	16.08	5.02
TOTAL:	102	97	199			86	89	175	24	87.94	12.06
PORCENTAJE:	51.26	48.74	100			43.22	44.72	87.94	12.06		

Fuente: Libro del Registro Civil de cada municipio e Instrumentos 1 y 2 de este estudio.

Durante los años 2000 y 2001 se reportó al Registro Civil de los seis municipios en los cuales se realizó esta investigación, 199 defunciones. Se realizaron 175 entrevistas, y los 24 (12.06%) casos en los que no fue posible entrevistar a familiares o personas que conocieran a la mujer fallecida se debió a que vivían solas y no tenían familiares que dieran información de la enfermedad que le produjo la muerte (12 casos); la familia ya no vivía en la comunidad (7 casos); malas condiciones de acceso a la comunidad o a la vivienda de la persona fallecida (3 casos); familiares poco colaboradores que no quisieron proporcionar información (2 casos).

Al analizar la tasa de mortalidad proporcional por año, se observa que en los Municipios de San Martín Jilotepeque y Tecpán Guatemala, las mujeres corrieron mayor riesgo de morir en el 2000. En el año 2001 el mayor riesgo se identificó en los Municipios de San Pedro Yepocapa y San José Poaquil. Es recomendable realizar el cálculo de tasas ajustadas, para poder hacer comparación entre las poblaciones estudiadas.

Tabla N° 2

Persona que reportó el fallecimiento al Registro Civil.
Departamento de Chimaltenango 2000 - 2001

Municipio	Vecino de comunidad		Familiar cercano		Esposo de fallecida		Padre de fallecida		Juez de paz		Madre de fallecida		TOTAL:	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Patzún	16	8.04	9	4.52	1	0.50	2	1.01	0	0.00	0	0.00	28	14.07
San José Poaquil	10	5.03	5	2.51	2	1.01	0	0.00	2	1.01	1	0.50	20	10.05
San Juan Comalapa	19	9.55	5	2.51	1	0.50	1	0.50	0	0.00	1	0.50	27	13.57
San Martín Jilotepeque	28	14.07	13	6.53	4	2.01	3	1.50	15	7.54	0	0.00	63	31.66
San Pedro Yepocapa	3	1.51	10	5.03	4	2.01	2	1.01	0	0.00	0	0.00	19	9.55
Tecpán Guatemala	18	9.04	14	7.04	4	2.01	3	1.51	2	1.01	1	0.50	42	21.10
TOTAL:	94	47.24	56	28.14	16	8.04	11	5.53	19	9.54	3	1.50	199	100.00

Fuente: Libro del Registro Civil de cada municipio e Instrumento 1 de este estudio.

Un 47.24% de las muertes ocurridas fue reportado por vecinos de la comunidad, mientras que un 43.21% fue reportado por miembros de la familia de la mujer fallecida.

Proporcionalmente, San Juan Comalapa es el municipio en el cual la muerte de mujeres en edad reproductiva es reportado con mayor frecuencia por un vecino de la comunidad (7 / 27), mientras que, en San Pedro Yepocapa la muerte fue reportada con mayor frecuencia por un miembro de la familia (16 / 19).

Los expertos que han empleado la técnica de autopsia verbal coinciden en afirmar que la información es de mejor calidad cuando la proporciona un familiar cercano o una persona que conocía a la mujer y la historia de la enfermedad que le produjo la muerte.

Tabla N° 3

Funcionario que certificó el diagnóstico de causa de muerte.
Departamento de Chimaltenango. 2000 - 2001

Municipio	Médico del MSPAS		Enfermera profesional		Auxiliar de enfermería		Juez de paz		Alcalde auxiliar		Policía municipal		TOTAL:	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Patzún	15	7.54	6	3.01	7	3.52	0	0.00	0	0.00	0	0.00	28	14.07
San José Poaquil	18	9.05	0	0.00	0	0.00	2	1.01	0	0.00	0	0.00	20	10.05
San Juan Comalapa	27	13.57	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	27	13.57
San Martín Jilotepeque	2	1.00	0	0.00	0	0.00	15	7.54	37	18.59	9	4.53	63	31.66
San Pedro Yepocapa	13	6.53	6	3.01	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	19	9.55
Tecpán Guatemala	37	18.59	0	0.00	1	0.50	2	1.01	2	1.00	0	0.00	42	21.10
TOTAL:	112	56.28	12	6.02	8	4.02	19	9.56	39	19.59	9	4.53	199	100.00

Fuente: Libro del Registro Civil de cada municipio y Boleta N° 1 de este estudio.

El Médico del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social es el funcionario que más causas de muerte certifica (112 = 56.28%); las Enfermeras Profesionales certificaron 6.03% y las Auxiliares de Enfermería 4.02% de las defunciones ocurridas. Con base en estos resultados se puede afirmar que los miembros del equipo local de salud certificaron 132 defunciones, equivalentes al 66.33% durante los años 2000 y 2001.

En San Martín Jilotepeque, únicamente se certificaron 2 / 63 de las defunciones por el Médico del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y, no existen evidencias que la (el) Enfermera(o) Graduada(o) o las Auxiliares de Enfermería hayan certificado causa de muerte de mujeres en edad reproductiva durante los años 2000 y 2001.

La calidad del diagnóstico depende del entrenamiento que posee la persona que certifica para obtener e interpretar la información pertinente y determinar la causa que ocasionó el deceso. En consecuencia, el informante y el funcionario que certifica son muy importantes para minimizar el margen de error al momento de establecer el diagnóstico de causa de muerte.

Tabla N° 4

Media de la edad de las personas entrevistadas a través de la Técnica de Autopsia.
Departamento de Chimaltenango. 2000 - 2001

Municipio:	Año 2000	Año 2001	Promedio de Medias
	Media	Media	
Patzún	49.40	49.82	49.61
San José Poaquil	40.57	43.85	42.21
San Juan Comalapa	49.69	38.09	43.89
San Martín Jilotepeque	46.26	47.83	47.04
San Pedro Yepocapa	54.80	37.27	46.03
Tecpán Guatemala	44.47	37.21	40.84
Promedio	47.53	42.34	44.94

Fuente: Instrumento de autopsia verbal.

La media de edad de las personas entrevistadas fue de 44.94 años. La edad de la persona entrevistada es importante por el nivel de comprensión y madurez con la cual se proporciona información pertinente para elaborar la historia de vida y enfermedad de la persona fallecida.

Tabla N° 5

Nivel de escolaridad de las personas entrevistadas a través de la Técnica de Autopsia Verbal.
Departamento de Chimaltenango. 2000 - 2001

Municipio:	Analfabeta		Alfabeta		Primaria incompleta		Primaria completa		Básico incompleto		Básico completo		Post Básico / carrera técnica		No se reporta		Total:	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Patzún	7	4.00	8	4.57	4	2.29	0	0.00	0	0.00	1	0.58	0	0.00	7	4.00	27	15.43
San José Poaquil	8	4.57	0	0.00	9	5.14	1	0.57	0	0.00	0	0.00	2	1.15	0	0.00	20	11.43
San Juan Comalapa	9	5.14	0	0.00	4	2.29	6	3.43	0	0.00	0	0.00	0	0.00	5	2.86	24	13.71
San Martín Jilotepeque	12	6.86	3	1.72	19	10.86	6	3.43	3	1.71	3	1.71	1	0.57	10	5.71	56	32.00
San Pedro Yepocapa	5	2.856	2	1.14	8	4.57	1	0.57	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	16	9.14
Tecpán Guatemala	6	3.43	1	0.57	11	6.28	0	0.00	1	0.58	0	0.00	1	0.57	11	6.28	32	18.2
Suma:	47	26.85	14	8.00	55	31.43	14	8.00	4	2.29	4	2.29	4	2.29	33	18.85	175	100

Fuente: Instrumento de autopsia verbal.

El nivel de escolaridad de las personas entrevistadas es el siguiente: personas que no saben leer ni escribir 47 (26.85%); personas que leen y escriben pero no poseen estudios formales 14 (8.00%); y, personas que poseen estudios de primaria incompleta o carreras técnicas 114 (46.30%).

Aunque el nivel de escolaridad no es vinculante con la capacidad de comprensión de los procesos de salud / enfermedad, si permite una mejor actitud para colaborar y brindar la mejor información posible para determinar la causa de muerte.

Tabla N° 6

Parentesco de las personas entrevistadas con las mujeres investigadas.
Departamento de Chimaltenango. 2000 - 2001

Municipio	Esposo de fallecida		Familiar cercano (tíos y cuñados)		Hermanos		Hijos		Madre de fallecida		Padre de fallecida		TOTAL:	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Patzún	3	1.71	2	1.14	10	5.71	3	1.71	9	5.14	0	0.00	27	15.43
San José Poaquil	6	3.43	4	2.29	2	1.14	2	1.14	3	1.71	3	1.71	20	11.43
San Juan Comalapa	4	2.29	4	2.29	3	1.71	3	1.72	6	3.43	4	2.29	24	13.71
San Martín Jilotepeque	12	6.85	14	8.00	7	4.00	2	1.14	13	7.43	8	4.57	56	32.00
San Pedro Yepocapa	4	2.29	2	1.14	3	1.71	2	1.14	4	2.29	1	0.57	16	9.14
Tecpán Guatemala	6	3.43	4	2.29	4	2.29	8	4.57	5	2.86	5	2.86	32	18.29
TOTAL:	35	20.00	30	17.15	29	16.57	20	11.42	40	22.86	21	12.00	175	100

Fuente: Instrumento de autopsia verbal.

El esposo y los padres de las mujeres fallecidas (54.86%), fue a quienes más se entrevistó. Las demás, se realizaron a familiares cercanos que conocieron la historia de vida y de la enfermedad que produjo la muerte de las mujeres investigadas.

Tabla N° 7

Frecuencia con la que se utilizó traductor para comunicarse con la persona entrevistada.
Departamento de Chimaltenango. 2000 - 2001

Municipio	Empleo traductor.		No empleo traductor:	
	N°	%	N°	%
Patzún	2	1.14	25	14.29
San José Poaquil	4	2.29	16	09.14
San Juan Comalapa	3	1.71	21	12.00
San Martín Jilotepeque	1	0.57	55	31.43
San Pedro Yepocapa	0	0.00	16	09.14
Tecpán Guatemala	4	2.29	28	16.00
TOTAL:	14	8.00	161	92.00

Fuente: Instrumento de autopsia verbal.

Los seis municipios en los que se realizó esta investigación están integrados por grupos sociales predominantemente indígenas. Sin embargo, de las 175 personas entrevistadas, 161 (92%) son bilingües y hablan español y 14 (8.00%) no hablan ni comprenden el español; en estos casos se empleó como traductores a miembros de la comunidad quienes son parte del personal voluntario de salud.

Tabla N° 8

Percepción del entrevistador acerca de la disposición a colaborar de la persona entrevistada.
Departamento de Chimaltenango. 2000 - 2001

Municipio	Muy colaboradora		Poco colaboradora	
	Número	%	Número	%
Patzún	16	9.14	11	6.29
San José Poaquil	18	10.29	2	1.14
San Juan Comalapa	19	10.85	5	2.86
San Martín Jilotepeque	48	27.43	8	4.57
San Pedro Yepocapa	15	8.57	1	0.57
Tecpán Guatemala	27	15.43	5	2.86
TOTAL:	143	81.71	32	18.29

Fuente: Instrumento de autopsia verbal.

La percepción, del entrevistador acerca de la disposición para colaborar por parte de las personas entrevistadas fue la siguiente: muy colaboradoras 143 (81.71%); poco colaboradoras 32 (18.29%).

El deseo o buena voluntad de la persona entrevistada para colaborar fue fundamental para obtener información de buena calidad, lo cual es un valioso aporte para determinar las posibles causas de muerte, las condiciones de vida, el acceso a los servicios de salud y, la opinión de calidad de atención recibida por la persona fallecida.

Tabla N° 9

Media de edad de las mujeres investigadas.
Departamento de Chimaltenango. 2000 - 2001

Municipio:	Año 2000	Año 2001	Promedio de Medias
	Media	Media	
Patzún	40.81	35.82	38.31
San José Poaquil	34.42	33.77	34.09
San Juan Comalapa	37.75	39.91	38.83
San Martín Jilotepeque	30.72	34.78	32.75
San Pedro Yepocapa	36.40	36.43	36.41
Tecpán Guatemala	35.63	35.20	35.41
Promedio	35.95	35.98	35.96

Fuente: Instrumento de autopsia verbal.

El promedio de medias de edad para los años 2000 y 2001 es similar (35.95 y 35.98). Se puede observar que el Municipio de Patzún presentó la media más alta (40.81 años) y, San Martín Jilotepeque la más baja (30.72 años); ambas en el 2000.

La media de edad para las 175 mujeres investigadas es de 35.96 años.

Tabla N° 10

Nivel de escolaridad de las mujeres investigadas.
Departamento de Chimaltenango. 2000 - 2001

Municipio:	Analfabeta		Primaria incompleta		Primaria completa		Básico incompleto		Básico / Carreras técnicas		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Patzún	9	5.14	13	7.43	3	1.72	0	0.00	2	1.14	27	15.43
San José Poaquil	11	6.29	8	4.57	1	0.57	0	0.00	0	0.00	20	11.43
San Juan Comalapa	13	7.43	8	4.57	1	0.57	0	0.00	2	1.14	24	13.71
San Martín Jilotepeque	23	13.14	22	12.57	3	1.71	2	1.14	6	3.43	56	32.00
San Pedro Yepocapa	11	6.29	5	2.86	0	0.00	0	0.00	0	0.00	16	9.14
Tecpán Guatemala	14	8.00	12	6.86	1	0.57	1	0.57	4	2.29	32	18.29
Suma:	81	46.29	68	38.86	9	5.14	3	1.71	14	8.00	175	100

Fuente: Instrumento de autopsia verbal.

81 (46.29%) mujeres no asistieron a la escuela y no sabían leer ni escribir al momento de su muerte. El resto sabía leer y se reportó algún nivel de escolaridad.

San Pedro Yepocapa es el municipio en el cual se identificó el mayor porcentaje de analfabetismo de mujeres fallecidas durante su edad reproductiva (11 de 16) con un 68.75%; le sigue San José Poaquil con 55.00%. San Juan Comalapa con 54.17%, Tecpán Guatemala con 43.75%, San Martín Jilotepeque con 41.07%, y Patzún con 33.33%. En 5 de los 6 municipios se identificó un porcentaje de analfabetismo por arriba del porcentaje oficial, a nivel nacional, del Ministerio de Educación (40%).

Tabla N° 11

Estado Civil de las mujeres investigadas.
Departamento de Chimaltenango. 2000 - 2001

Municipio:	Solteras		Casadas		Unidas		Viudas		Separadas		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Patzún	6	3.43	15	8.57	6	3.43	0	0.00	0	0.00	27	15.43
San José Poaquil	4	2.29	11	6.29	1	0.57	2	1.14	2	1.14	20	11.43
San Juan Comalapa	7	4.00	12	6.86	2	1.14	3	1.72	0	0.00	24	13.71
San Martín Jilotepeque	17	9.72	31	17.71	7	4.00	0	0.00	1	0.57	56	32.00
San Pedro Yepocapa	3	1.71	12	6.86	1	0.57	0	0.00	0	0.00	16	9.14
Tecpán Guatemala	10	5.71	18	10.28	1	0.57	0	0.00	3	1.72	32	18.29
Suma:	47	26.86	99	56.57	18	10.28	5	2.86	6	3.43	175	100

Fuente: Instrumento de autopsia verbal.

47 (26.86%) de las mujeres fallecidas eran solteras y el resto estuvo casada o unida en algún momento de su vida. En San Martín Jilotepeque el 86.00% (12 de 16) de las mujeres fallecidas estaban casadas, le sigue San Pedro Yepocapa con 75.00%. En los demás municipios el porcentaje de mujeres casadas fue de 50.00 a 56.00%.

Tabla N° 12

Ocupación de las mujeres investigadas.
Departamento de Chimaltenango. 2000 - 2001

Municipio:	Ocupación principal						Sub total		Otras ocupaciones								Sub total	
	Ama de casa		Estudiante		Oficios domésticos				Trabaja en el campo		Comerciante		Dependiente de comercio		Carrera técnica o universitaria			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Patzún	21	12.0	0	0.00	6	3.44	27	15.4	1	0.57	2	1.15	1	0.57	2	1.15	6	3.43
San José Poaquil	16	9.14	1	0.57	3	1.71	20	11.2	3	1.71	1	0.57	1	0.57	0	0.00	5	2.86
San Juan Comalapa	16	9.14	1	0.57	7	4.00	24	13.7	1	0.57	1	0.57	2	1.15	2	1.15	6	3.43
San Martín Jilotepeque	42	24.0	0	0.00	14	8.00	56	32.0	3	1.71	4	2.29	3	1.71	2	1.15	12	6.86
San Pedro Yepocapa	13	7.24	0	0.00	3	1.71	16	9.14	2	1.15	0	0.00	0	0.00	0	0.00	2	1.15
Tecpán Guatemala	21	12.0	1	0.57	10	5.71	32	18.2	4	2.29	4	2.29	1	0.57	3	1.71	12	6.86
Suma:	129	73.7	3	1.71	43	24.5	175	100.	14	8.00	12	6.87	8	4.57	9	5.16	43	24.5

Fuente: Instrumento de autopsia verbal.

129 (73.72%), de las mujeres fallecidas, tenían como ocupación principal "ama de casa" y, 43 (24.57%) desarrollaban alguna ocupación complementaria.

El municipio en el cual más mujeres desempeñaron otra ocupación fue Tecpán Guatemala con 37.50% (12 de 32) y, San Pedro Yepocapa con 12.50% fue donde menos ocupaciones complementarias desarrollaron.

Tabla N° 13

Mujeres que fallecieron por causas asociadas al embarazo, parto o puerperio.
Departamento de Chimaltenango. 2000 - 2001

Municipio:	¿Estaba embarazada durante o después de su muerte?				¿Murió antes del parto?		¿Murió durante el parto?		¿Murió después del parto?		Muertes asociadas a embarazo, parto o puerperio	
	SI		NO		SI		SI		SI			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	N°	TPMM
Patzún	4	2.29	23	13.14	1	0.57	0	0.00	3	1.71	4 / 27	14.81
San José Poaquil	2	1.14	18	10.29	0	0.00	1	0.57	1	0.57	2 / 20	10.00
San Juan Comalapa	3	1.71	21	12.00	1	0.57	2	1.15	0	0.00	3 / 24	12.50
San Martín Jilotepeque	4	2.29	52	29.71	1	0.57	0	0.00	3	1.71	4 / 56	7.14
San Pedro Yepocapa	4	2.29	12	6.86	1	0.57	2	1.15	1	0.57	4 / 16	25.00
Tecpán Guatemala	1	0.57	31	17.71	0	0.00	0	0.00	1	0.57	1 / 32	3.13
Suma:	18	10.29	157	89.71	4	2.28	5	2.87	9	5.14	18 / 175	10.29

Fuente: Instrumento de autopsia verbal.

De las 175 mujeres investigadas, 9 (5.14%) estaban embarazadas al momento de morir; 9 (5.14%) de ellas murieron después del parto. El municipio en el cual existe mayor riesgo de morir por causas asociadas al embarazo, parto o puerperio fue San Pedro Yepocapa, con una TPMM de 25%. Por otra parte, las mujeres de Tecpán Guatemala presentan riesgo de morir, del 3.13%.

TPMM = TASA PROPORCIONAL DE MORTALIDAD MATERNA (NÚMERO DE MUJERES FALLECIDAS POR CAUSAS ASOCIADAS AL EMBARAZO, PARTO O PUERPERIO DURANTE LOS AÑOS 2000 Y 2001). EL NUMERADOR ESTA COMPUESTO POR EL TOTAL DE MUJERES FALLECIDAS DURANTE EL EMBARAZO, PARTO O PUERPERIO EN UN LUGAR Y PERIODO DETERMINADO. EL DENOMINADOR ESTÁ COMPUESTO POR EL TOTAL DE MUJERES FALLECIDAS QUE PERTENECÍAN AL MISMO GRUPO DE EDAD, LUGAR Y PERIODO. SE UTILIZA COMO AMPLIFICADOR 100.

Tabla N° 14

Media de embarazos, hijos vivos y abortos de las mujeres investigadas.
Departamento de Chimaltenango. 2000 - 2001

Municipio:	Embarazos:		Hijos vivos		Abortos	
	Media		Media		Media	
	2000	2001	2000	2001	2000	2001
Patzún	3.4	2.4	3.4	1.8	0.0	0.0
San José Poaquil	3.4	1.5	3.3	1.5	0.0	0.1
San Juan Comalapa	2.7	2.1	2.0	1.7	0.2	0.0
San Martín Jilotepeque	3.1	3.8	2.3	2.8	0.3	0.3
San Pedro Yepocapa	5.4	3.7	4.4	3.4	0.2	0.9
Tecpán Guatemala	2.9	4.2	2.5	3.3	0.1	0.2
Suma:	20.9	17.7	17.9	14.5	0.8	1.5
Promedio	3.5	2.9	2.9	2.4	0.1	0.3

Fuente: Instrumento de autopsia verbal.

La media de embarazos de las 128 mujeres casadas fue de 4; la media de hijos vivos fue de 3. 12 mujeres sufrieron aborto; 8 de ellas tuvieron un aborto, 2 sufrieron dos abortos y con cinco abortos, 2.

De las 47 mujeres solteras, una murió durante el parto. 4 tuvieron un hijo, de los cuales 3 aun vivían al momento de realizar la entrevista.

Tabla N° 15

Respuestas de las personas entrevistadas a la pregunta: ¿Por qué razón dejó de buscar ayuda para atender su enfermedad?.
Departamento de Chimaltenango. 2000 - 2001

Municipio	Buscó ayuda demasiado tarde		Buscó ayuda y el tratamiento no sirvió		Buscó ayuda y no encontró apoyo en los S. S.		Ella o la familia decidió morir en casa		Ella o la familia subestimaron el riesgo		Muy pobre para pagar pasaje y medicinas		Por otras razones		TOTAL:	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Patzún	2	1.14	12	6.86	2	1.14	6	3.43	0	0.00	2	1.14	3	1.71	27	15.43
San José Poaquil	0	0.00	6	3.43	0	0.00	4	2.29	2	1.14	2	1.14	6	3.43	20	11.43
San Juan Comalapa	3	1.71	11	6.29	1	0.57	3	1.71	0	0.00	4	2.28	2	1.14	24	13.71
San Martín Jilotepeque	6	3.43	14	8.00	3	1.71	11	6.28	2	1.14	6	3.43	15	8.58	56	32.00
San Pedro Yepocapa	1	0.57	1	0.57	1	0.57	3	1.71	3	1.71	4	2.28	3	1.71	16	9.14
Tecpán Guatemala	3	1.71	7	4.00	4	2.29	6	3.43	3	1.71	5	2.86	4	2.28	32	18.29
TOTAL:	15	8.56	51	29.15	11	6.28	33	18.85	10	5.70	23	13.14	33	18.85	175	100.0

Fuente: Instrumento de autopsia verbal.

San Juan Comalapa es el municipio en el cual se reportó el mayor porcentaje de mujeres que buscó ayuda antes de morir con un 62.50% (15 de 24 mujeres), le sigue Patzún con un 59.26% (16 de 27 mujeres). San Pedro Yepocapa es el municipio en el cual se reportó una menor búsqueda de ayuda con un 62.50% (10 de 16 mujeres), le sigue Tecpán Guatemala con un 43.75% (14 de 32 mujeres).

Tabla N° 16

Diagnóstico de causa asociada de muerte en las mujeres investigadas.
Departamento de Chimaltenango. 2000 - 2001

Municipio	Desnutrición crónica del adulto		D. C. A. asociada a alcoholismo		Estado depresivo		Enfermedad del sistema respiratorio		Enfermedad del sistema gastrointestinal		Mujer embarazada o en post parto		Causas asociadas no definidas		TOTAL:	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Patzún	11	6.29	5	2.86	1	0.57	2	1.14	3	1.71	4	2.29	1	0.57	27	15.43
San José Poaquil	10	5.71	2	1.14	3	1.71	0	0.00	0	0.00	2	1.14	3	1.71	20	11.43
San Juan Comalapa	17	9.71	2	1.14	0	0.00	0	0.00	0	0.00	3	1.71	2	1.14	24	13.71
San Martín Jilotepeque	21	12.00	3	1.71	0	0.00	6	3.44	2	1.14	4	2.29	20	11.44	56	32.00
San Pedro Yepocapa	8	4.57	2	1.14	1	0.57	1	0.57	0	0.00	4	2.29	0	0.00	16	9.14
Tecpán Guatemala	12	6.86	4	2.28	3	1.71	2	1.14	5	2.87	1	0.57	5	2.86	32	18.29
TOTAL:	79	45.14	18	10.28	8	4.57	11	6.29	10	5.72	18	10.29	31	17.72	175	100.0

Fuente: Instrumento de autopsia verbal.

El análisis de estas tablas permite observar que se identificó la causa asociada en el 81.57% de los casos investigados.

Como se puede observar, la desnutrición crónica del adulto, como causa asociada única, se identificó en 78 (44.57%) pacientes; también se identificaron 18 (10.29%) casos de alcoholismo y desnutrición crónica del adulto.

Se destaca la identificación de estados depresivos como causa asociada de muerte. Esta es una condición mórbida difícil de identificar y hacerlo puede significar que su presencia sea mayor que la detectada en este estudio.

En 18.29% no se pudo establecer la presencia de causas asociadas a la condición clínica de la mujer. En el año 2000, en el municipio de San Martín Jilotepeque ocurrió un accidente de tránsito en el cual perdieron la vida 12 mujeres lo que incide en porcentaje.

Tabla N° 17

Coincidencias del diagnóstico de causa asociada de muerte proporcionado por el Registro Civil, la familia y el obtenido a través de la técnica de autopsia verbal.
Departamento de Chimaltenango. 2000 - 2001

Municipio	Coincidencia con Dx Familiar			
	SI	%	NO	%
Patzún	8	4.57	19	10.86
San José Poaquil	1	0.57	19	10.86
San Juan Comalapa	4	2.29	20	11.43
San Martín Jilotepeque	8	4.87	48	27.43
San Pedro Yepocapa	1	0.57	15	8.57
Tecpán Guatemala	3	1.71	29	16.57
TOTAL:	25	14.58	150	85.72

Coincidencia con Dx Registro Civil			
SI	%	NO	%
7	4.00	20	11.43
3	1.71	17	9.71
3	1.71	21	12.00
12	6.87	44	25.14
2	1.14	14	8.00
1	0.57	31	17.72
28	16.00	147	84.00

Fuente: Instrumento de autopsia verbal.

A las personas entrevistadas se les preguntó ¿cuál creía que era la causa de la muerte de su familiar? y la respuesta fue consignada como el "diagnóstico de la familia". Ese diagnóstico se comparó con el de causa asociada identificado a través de la técnica de autopsia verbal y se estableció que existieron 25 (14.29%) coincidencias y, la más frecuente fue "estar embarazada" (14 = 8.00%), seguido por "estar desnutrida" (11 = 6.29%).

El diagnóstico de causa asociada identificado en la autopsia verbal se comparó con el diagnóstico del Registro Civil, identificándose 28 (16.00%) coincidencias.

De este cuadro se debe destacar lo siguiente: a) al entrevistar a las familias a través de la técnica de autopsia verbal fue posible identificar procesos patológicos asociados que se relacionaron con la cadena de eventos que condujeron a la muerte; y, b) que las coincidencias del diagnóstico de causa de muerte del Registro Civil con los de esta investigación evidencian que en un porcentaje importante (16.00%) se diagnostica como causa básica, lo que en realidad es una causa asociada de muerte.

Tabla N° 18

Diagnóstico de causa básica de muerte en las mujeres investigadas
Departamento de Chimaltenango. 2000 - 2001

Municipio	Enfermedad gastrointestinal crónica / degenerativa		Hemorragia del tracto gastrointestinal		Enfermedad cardiovascular descompensada		Enfermedad infecciosa de vías respiratorias bajas		Complicaciones del embarazo, parto o puerperio		Enfermedad crónica / degenerativa de aparato genital o reproductor		Otras causas		TOTAL:	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Patzún	1	0.57	3	1.71	3	1.71	1	0.57	4	2.29	4	2.29	11	6.29	27	15.43
San José Poaquil	3	1.71	6	3.44	0	0.00	3	1.71	2	1.15	0	0.00	6	3.44	20	11.43
San Juan Comalapa	6	3.43	2	1.14	0	0.00	5	2.87	3	1.71	2	1.14	6	3.44	24	13.71
San Martín Jilotepeque	15	8.58	1	0.57	12	6.87	4	2.29	4	2.29	2	1.14	18	10.28	56	32.00
San Pedro Yepocapa	1	0.57	3	1.71	2	1.14	2	1.14	4	2.29	1	0.57	3	1.71	16	9.14
Tecpán Guatemala	10	5.71	1	0.57	6	3.44	12	6.87	1	0.57	2	1.14	0	0.00	32	18.29
TOTAL:	36	20.57	16	9.14	23	13.15	27	15.44	18	10.29	11	6.28	44	25.15	175	100

Fuente: Instrumento de autopsia verbal.

Los procesos patológicos crónicos o degenerativos del tracto gastrointestinal son causa básica de muerte en el 29.14% de las mujeres investigadas. Las mujeres del municipio de San José Poaquil son quienes más sufren este daño (9 de 20 equivalente al 45.00%). Le siguen las mujeres de Tecpán Guatemala y San Juan Comalapa con 34.38% y 33.33%, respectivamente.

Las enfermedades cardiovasculares ocupan un lugar muy importante en el municipio de San Martín Jilotepeque con un 21.43% (12 / 56). En este municipio 21.00% (12 / 56), de las mujeres perdieron la vida en un accidente automovilístico en el año 2000.

Tabla N° 19

Coincidencias del diagnóstico de causa básica de muerte proporcionado por el Registro Civil, la Familia y el obtenido a través de la técnica de autopsia verbal.
Departamento de Chimaltenango. 2000 - 2001

Municipio	Coincidencia con Dx Familiar			
	SI	%	NO	%
Patzún	6	3.43	21	12.00
San José Poaquil	2	1.14	18	10.29
San Juan Comalapa	8	4.57	16	9.14
San Martín Jilotepeque	22	12.58	34	19.43
San Pedro Yepocapa	0	0.00	16	9.14
Tecpán Guatemala	1	0.57	31	17.71
TOTAL:	39	22.29	136	77.71

Coincidencia con Dx Registro Civil			
SI	%	NO	%
13	7.43	14	8.00
3	1.71	17	9.72
7	4.00	17	9.72
25	14.29	31	17.71
6	3.43	10	5.71
12	6.86	20	11.43
66	37.71	109	62.29

Fuente: Instrumento de autopsia verbal.

En la conferencia para la Sexta Revisión de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE), se acordó que la causa de muerte para la tabulación primaria se denominaría "causa básica de defunción" (24).

De ahí la importancia de esta tabla, en la que se puede observar que las coincidencias con el Registro Civil fue en un 37.71%. Patzún es el municipio en el cual se identificó mayor cantidad de coincidencias (13 de 27, equivalente al 48.15%), y San José Poaquil en el que menos coincidencias existieron (3 de 20, equivalente al 15.00%).

Vale la pena destacar que el municipio de San Martín Jilotepeque es donde menos certificaciones se extienden por parte del personal de salud (veáse tabla N° 3, página 24). Sin embargo, se puede observar que 25 de 56 (44.64%) diagnósticos del Registro Civil coincidieron, dato muy aproximado al de las coincidencias del diagnóstico familiar (22 de 56, equivalente a un 39.29%). Esto hace pensar que una buena historia puede conducir a un buen diagnóstico.

Tabla N° 20

Diagnóstico de causa directa de muerte en las mujeres investigadas.
Departamento de Chimaltenango. 2000 - 2001

Municipio	Fallo multisistémico secundario a enfermedad gastrointestinal degenerativa		Shock hipovolémico secundario a hemorragia del tracto gastrointestinal		Fallo multisistémico secundario a enfermedad cardiovascular descompensada		Fallo multisistémico secundario a enfermedad infecciosa de vías respiratorias		Fallo multisistémico secundario a complicaciones del embarazo, parto o puerperio		Fallo multisistémico secundario a enfermedad degenerativa de aparato genital y reproductor		Fallo multisistémico por otras causas asociadas		TOTAL:	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Patzún	1	0.57	3	1.71	3	1.71	1	0.57	4	2.29	4	2.29	11	6.28	27	15.43
San José Poaquil	3	1.71	6	3.44	0	0.00	3	1.71	2	1.14	0	0.00	6	3.43	20	11.43
San Juan Comalapa	6	3.43	2	1.14	0	0.00	5	2.86	3	1.71	2	1.14	6	3.43	24	13.71
San Martín Jilotepeque	15	8.57	1	0.57	12	6.86	4	2.29	4	2.29	2	1.14	18	10.29	56	32.00
San Pedro Yepocapa	1	0.57	3	1.71	2	1.14	2	1.14	4	2.29	1	0.57	3	1.71	16	9.14
Tecpán Guatemala	10	5.71	1	0.57	6	3.43	12	6.86	1	0.57	2	1.14	0	0.00	32	18.29
TOTAL:	36	20.56	16	9.14	23	13.14	27	15.43	18	10.29	11	6.28	44	25.14	175	100

Fuente: Instrumento de autopsia verbal.

Las enfermedades gastrointestinales degenerativas y sus efectos sistémicos presentan la mayor incidencia con 36 (20.57%); le sigue, en orden de frecuencia: los procesos infecciosos sistémico o el desequilibrio ácido básico secundario a enfermedades infecciosas de las vías respiratorias bajas (27 casos, equivalentes al 15.43%).

La importancia de este cuadro consiste en que, utilizando la técnica de autopsia verbal, se pudo establecer diagnóstico de causa directa de muerte en un 81.48% de los casos investigados (se incluye 6.86% de muertes por politraumatismo secundario a accidente de tránsito).

Tabla N° 21

Coincidencias del diagnóstico de causa directa de muerte proporcionado por el Registro Civil, la Familia y el obtenido a través de la técnica de autopsia verbal.
Departamento de Chimaltenango. 2000 - 2001

Municipio	Coincidencia con Dx Familiar			
	SI	%	NO	%
Patzún	0	0.00	27	15.43
San José Poaquil	2	1.14	18	10.29
San Juan Comalapa	1	0.57	23	13.14
San Martín Jilotepeque	0	0.00	56	32.00
San Pedro Yepocapa	0	0.00	16	9.14
Tecpán Guatemala	0	0.00	32	18.29
TOTAL:	3	1.71	172	98.29

Coincidencia con Dx Registro Civil			
SI	%	NO	%
0	0.00	27	15.43
2	1.14	18	10.29
0	0.00	24	13.71
0	0.00	56	32.00
0	0.00	16	9.14
0	0.00	32	18.29
2	1.14	173	98.86

Fuente: Instrumento de autopsia verbal.

Oficialmente, no es necesario establecer el diagnóstico de causa directa de muerte. Por otra parte, no existe una cultura - dentro del personal de los servicios de salud y del registro civil - que induzca a realizar este tipo de búsqueda.

Al utilizar la técnica de autopsia verbal, en este estudio, fue posible identificar la causa directa de muerte en un 81.48% de los casos investigados.

CAPÍTULO VII

DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Los estudios de causas de muerte realizados en Inglaterra, Alemania y otros países europeos durante el siglo XVI, significaron un aporte importante para identificar y definir el perfil epidemiológico de las enfermedades que afectaban a hombres y mujeres de esa época. A partir de estos estudios se sistematizó la investigación epidemiológica para la orientación eficiente de los recursos del sector salud, con el objetivo de evitar o disminuir los riesgos que conducen a la aparición de enfermedades graves y muerte (11, 12, 18). La información exacta sobre la incidencia, naturaleza y predominio de los factores presentes para que se produzca enfermedad y muerte entre los grupos poblacionales expuestos a mayor riesgo es fundamental en salud pública para incidir en la voluntad de los políticos, los cuales deben favorecer el diseño de intervenciones efectiva orientadas a minimizar los riesgos y la exposición a éstos (4, 11, 12, 18, 19).

En este nuevo milenio, en las Américas siguen presentes algunas de las mayores inequidades en mortalidad materna del mundo. La subnotificación de las estadísticas oficiales es un grave motivo de preocupación. La OMS ha ajustado las tasas de mortalidad materna para 14 países, de modo que reflejen con mayor precisión la magnitud del problema. Además, la mortalidad materna varía enormemente dentro de los países, pues, las inequidades se reflejan en las condiciones socioeconómicas y el acceso a servicios de salud de calidad (3, 5, 14, 25, 27).

Se calcula que la razón global de mortalidad materna en los países de América Latina y del Caribe (ALC) es de 190 por 100,000 nacidos vivos, lo que representó en 1995 unas 22,000 defunciones maternas. Es importante considerar que las mujeres de estos países todavía mueren de las mismas causas que las mujeres de los países industrializados a principios del siglo XX. Las mujeres con complicaciones obstétricas mueren en un plazo de 48 horas. La OMS ha calculado que por cada muerte relacionada con el embarazo, parto o puerperio se producen 135 enfermedades crónicas que son prevenibles (3, 5, 16, 25, 27)

Aunque la mortalidad y la morbilidad materna afecta a las mujeres de todos los estratos sociales y económicos, muere un número desproporcionadamente elevado de mujeres pobres y analfabetas, quienes en su mayoría residen en zonas rurales. Entre las adolescentes, las complicaciones del embarazo y el parto son una causa importante de mortalidad. La legislación, las creencias culturales o las prácticas que menosprecian a las mujeres contribuyen a generar esta disparidad al limitar su acceso a los recursos económicos. Por lo tanto, la muerte o la discapacidad son resultado de la situación de extrema desventaja

en la que se encuentran muchas mujeres en los países de América Latina y el Caribe (3, 5, 16, 25, 27).

En Guatemala, en 1999, se registraron 53,486 defunciones, con una tasa de mortalidad general de 4.8 por 1,000 habitantes. Las primeras causas de mortalidad general para ambos sexos correspondieron a neumonía y diarrea; estas causas representaron 22.3% y 6.0% del total de defunciones, respectivamente. La tasa de mortalidad por 100,000 habitantes debido a neumonía y enfermedad diarreica aguda, en las mujeres fue de 95.8 y 35.4 respectivamente. La tercera causa de muerte para las mujeres fue la desnutrición (16.8 por 100,000). Las neoplasias y el infarto de miocardio aparecen como cuarta y quinta causa de defunción para ambos sexos.

De las 53,486 defunciones registradas en el país, los médicos certificaron 59.8% del total, otras autoridades certificaron el 31.2% y, las comadronas u otro personal empírico, 9%. Al analizar el comportamiento de la mortalidad debe considerarse un 56% de subregistro estimado en el nivel nacional a lo cual debe agregarse la deficiente calidad del diagnóstico de causa de muerte en general y de mujeres en edad reproductiva en particular (3, 5, 16, 27).

Tomando en cuenta que Guatemala ocupó el segundo lugar en mortalidad materna en el hemisferio occidental, según la ENSMI 1995, se consideró la pertinencia de realizar una investigación que aproximara respuestas a las siguientes interrogantes a). ¿Con qué frecuencia se dejan de identificar las verdaderas causas que ocasionan la muerte en mujeres comprendidas entre los 12 y 50 años de edad?; y, b) ¿Cuáles son las causas de la muerte de mujeres en edad reproductiva fallecidas en seis Municipios del Departamento de Chimaltenango en los años 2000 y 2001?.

Para garantizar la calidad y confiabilidad de los datos obtenidos se decidió emplear la técnica de autopsia verbal, las entrevistas fueron desarrolladas por estudiantes de medicina del sexto año de la carrera, quienes se encontraban realizando su Ejercicio Profesional Supervisado Rural y se verificaron los resultados presentados a través de visitas de supervisión a 20 familias (1 de cada 10) por el ponente del estudio.

Adicionalmente, 70 (40%) entrevistas fueron verificadas por estudiantes que habían cerrado el pensum de Médico y Cirujano pendientes de tesis, lo cual les sirvió para presentar su informe final de investigación para optar al Grado Universitario correspondiente.

Para dar respuesta a las interrogantes y lograr los objetivos del estudio se procedió de la siguiente manera: en un primer momento se identificó al total de mujeres en edad reproductiva (12 a 50 años) fallecidas en los años 2000 y 2001 en los municipios de Patzún, San José Poaquil, San Juan Comalapa, San Martín

Jilotepeque, San Pedro Yepocapa y Tecpán Guatemala. Se pudo establecer que en el año 2000 se reportó la muerte de 102 mujeres y en el 2001, 97. El total de entrevistas realizadas fue de 175 (87.94%), lo que puede considerarse como altamente satisfactorio tomando en cuenta el acceso a las comunidades, las tradiciones culturales y el costo económico que ello significa. Los 24 (12.06%) casos de mujeres fallecidas no pudieron ser investigadas se debió a que 12 vivían solas y no tenían familia, la familia de 7 mujeres no vivía en la comunidad, el mal acceso a la comunidad imposibilitó la visita a las familias de 3 mujeres, y 2 casos hubo familiares poco colaboradores que no brindaron información (véase Tabla N° 1, página 28).

En un segundo momento se estableció que, de los 199 casos de muerte de mujeres en edad reproductiva registradas en los años 2000 y 2001, 94 (47.24%) fueron notificadas al Registro Civil por vecinos de la comunidad; 86 (43.21%) fueron reportadas por familiares cercanos (padres, esposo, hermanos, primos, tíos); y, 19 (9.55%) fueron reportados y certificados por Juez de paz (véase Tabla N° 2, página 28).

El Médico del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social es el funcionario que más diagnósticos de causa de muerte certificó 112 (56.28%). Los otros miembros del equipo local de salud que también certificaron fueron las Enfermeras profesionales 12 (6.03%) y las Auxiliares de enfermería 8 (4.02%). Esto quiere decir que los miembros del equipo local de salud certificaron un total de 132 (66.33%) (véase Tabla N° 3, página 29).

El más paradigmático el Municipio de San Martín Jilotepeque, en el cual se reportó un total de 63 (31.66%) defunciones de mujeres en edad reproductiva, de los cuales únicamente 2 (1.00%) fueron certificadas por el Médico del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. En este Municipio fue el Alcalde Auxiliar quien más certificó las muertes del grupo investigado (39 = 61.90%), seguido por el Juez de Paz con 15 (23.81%) y el Policía Municipal 9 (14.29%) (véase Tabla N° 3, página 29).

Para determinar el diagnóstico de causa básica de muerte es importante contar con una persona que proporcione información pertinente y confiable acerca de la historia de la enfermedad y los eventos que condujeron a la muerte; igual importancia tiene que la persona que certifica esté entrenada para obtener la mejor información posible. Llama la atención la baja frecuencia porcentual de los familiares que reportaron muertes (43.21%) y los miembros del equipo local de salud que certificaron (66.33%), lo cual puede ser un factor que incide en la calidad del diagnóstico que oficializa el Registro Civil.

Es indudable que, la evaluación de la calidad del diagnóstico de causa de muerte en el grupo estudiado,

a partir de una investigación de observación y descripción, tiene limitaciones y genera grandes retos. Por ello se decidió utilizar una técnica que permitiera obtener información valiosa para efectuar aproximaciones a los diagnósticos de las enfermedades que producen la muerte de las mujeres en edad reproductiva. En este estudio se puso particular atención a la validación de los instrumentos, la capacitación de los entrevistadores, la calidad de los entrevistados y el mecanismo para el consenso que permitiera determinar el diagnóstico de causa de muerte.

Al finalizar el estudio se estableció que el perfil de las personas entrevistadas fue el siguiente: pertenecían al círculo familiar más cercano de la persona fallecida (padre, madre, esposo, hijo y hermano) (82.86%) o tenían algún grado de familiaridad, de entre 40 y 49 años de edad; en su mayoría saben leer y escribir (73.14%) y un 65.14% ha realizado estudios formales. Son bilingües en el 92% de los casos (hablan y entienden el español). Son personas muy colaboradoras en el 81.71% de los casos (véase Tablas N° 4 a 8, páginas 30 a 34).

Este perfil de las personas entrevistadas supera las expectativas que existían al inicio de la investigación, pues, se pensó encontrar a familiares sin escolaridad en la mayoría de los casos, con poca información de la historia de la enfermedad o pocos deseos de proporcionarla. En un inicio se buscó entrevistar a la suegra de la mujer fallecida, sin embargo, la colaboración del esposo, la madre, el padre los hijos o la familia cercana fue muy positiva. Ello es una fortaleza para confiar en la buena calidad de información obtenida.

Para evaluar la calidad del diagnóstico de causa de muerte de mujeres en edad reproductiva se integró el análisis del perfil de las personas que: a) informaron al Registro Civil; b) certificaron el diagnóstico de causa de muerte; c) realizaron la entrevista a familiares de las mujeres fallecidas; y, d) fueron entrevistadas a través de la técnica de autopsia verbal.

La comparación del diagnóstico del Registro Civil y el obtenido a través de la técnica de autopsia verbal permitió observar los siguientes resultados: hubo coincidencias de diagnóstico de causa asociada en 28 (16.00%) casos. Es importante destacar que 12 de los aciertos en el año 2000 corresponden a un accidente automovilístico ocurrido en San Martín Jilotepeque; de no ser por ello se tendrían 16 (9.14%) coincidencias (véase Tabla N° 17, página 43).

Este resultado es importante ya que, en este estudio, la técnica de autopsia verbal permitió identificar condiciones mórbidas que incrementan el riesgo de enfermar y morir a las mujeres investigadas. Por otra parte, estas coincidencias revelan que en el Registro Civil se certifican como casusa de muerte condiciones

que predisponen, pero no desencadenan los eventos que conducen a la muerte de una persona.

En 1967, la XX Asamblea Mundial de la Salud definió las causas de defunción a ser registradas en el certificado médico como "*todas aquellas enfermedades, estados morbosos o lesiones que produjeron la muerte o contribuyeron a ella, y las circunstancias del accidente o de la violencia que produjo dichas lesiones*". El propósito de esta definición es la de asegurar que se registrara toda información pertinente y que el certificador no seleccionara algunas afecciones para registrarlas y rechazara otras. La definición no incluye síntomas ni modos de morir, tales como: paro cardíaco o insuficiencia respiratoria, cuando son el resultado final de un proceso de enfermedad (24).

En la conferencia para la Sexta Revisión de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE), se acordó que la causa de muerte para la tabulación primaria se denominaría "*causa básica de defunción*", y, se definió como "a) *la enfermedad o lesión que inició la cadena de acontecimientos patológicos que condujeron directamente a la muerte*, o, b) *las circunstancias del accidente o violencia que produjeron la lesión fatal*" (24).

En esta investigación, se pudo establecer que la frecuencia porcentual de coincidencia del diagnóstico de causa básica de muerte del Registro Civil y el obtenido a través de la técnica de autopsia verbal, ocurrió en 66 (37.71%) de los casos. Si se acepta el supuesto que el diagnóstico de causa básica obtenido a través de la técnica de autopsia verbal es correcto, entonces, ese resultado puede ser interpretado como que en el Registro Civil, 7 de cada 10 casos son certificados incorrectamente (véase Tabla N° 19, página 45).

Este resultado sugiere que en el Registro Civil de los Municipios investigados, existe una grave dificultad para identificar el o los procesos patológicos que inician la cadena de acontecimientos que conducen a la muerte. Cobra importancia el papel que juegan las personas que informan o certifican, pues, en ellos recae la responsabilidad de generar la información que permita garantizar la calidad del diagnóstico de causa de muerte. Es oportuno evidenciar la necesidad de realizar investigaciones que permitan análisis estadísticos más completos.

Con el objetivo de enriquecer el aporte de esta investigación se buscó identificar las causas directas de muerte, las cuales se definieron como: "a) *la enfermedad o lesión que finalmente ocasionó la muerte y que se relaciona con la cadena de acontecimientos patológicos que condujeron a ella*, o, b) *la muerte como producto del accidente o violencia que la desencadenaron*" (24), (véase Tablas 20 y 21, páginas 46 y 47).

Para identificar las morbilidades que ocasionan la muerte de mujeres en edad reproductiva, se empleó,

principalmente, la parte del instrumento de autopsia verbal que contiene el relato libre y el conjunto de signos y síntomas descritos por la persona entrevistada; esta información fue analizada por los estudiantes de medicina en EPS Rural, algunos Médicos Jefes de Distrito y el Supervisor Docente del Área; el diagnóstico se estableció por consenso. Los resultados obtenidos se pueden observar en las Tablas N° 16, 18 y 20; páginas 42, 44 y 46.

Al analizar los antecedentes de salud de las mujeres fallecidas, se pudieron identificar procesos mórbidos asociados que significaron mayor riesgo de muerte. Entre ellos, cuadros de desnutrición crónica del adulto en 78 (44.57%) pacientes; y, en 18 (10.29%) casos de alcoholismo asociados a desnutrición crónica del adulto. Haber detectado 96 (54.86%) mujeres que al momento de fallecer estaban desnutridas, permite pensar que estos cuadros carenciales pudieron iniciarse en la niñez y acentuarse a lo largo de la vida. Las características predominantes para determinar esta condición fueron: muy delgada 96 (100%) y muy pequeña para su edad 91 (94.79%); los principales síntomas referidos por el familiar entrevistado fueron: falta de apetito durante la mayor parte de su vida 82 (85.42%); comer muy poco 75 (78.12%); estar muy cansada todo el tiempo 72 (75.00%). Otro factor analizado es el entorno familiar, identificando que eran miembros de familias numerosa (5 o más hermanos) (Véase Tabla N° 16, página 42).

Otro diagnóstico de causa asociada que es muy importante destacar es el de estados depresivos en 8 mujeres (4.57%). En estas mujeres prevalecían las siguientes características: siempre estaba muy triste (8 = 100%) y lloraba mucho (6 = 75.00%). En el entorno de estas mujeres se pudo establecer que vivían solas (7 = 87.5%), el esposo las había abandonado (6 = 75.00%), el esposo había muerto (5 = 62.50%) y los hijos no se preocupaban por ellas (4 = 50.00%). Este hallazgo es muy importante y difícil de identificar. Es indudable que muchas personas sufren estados depresivos crónicos, sin embargo, no se ha determinado su incidencia o prevalencia en el grupo de mujeres en edad reproductiva por no ser un problema que se busque identificar durante las visitas a los servicios de salud y sin embargo tiene una importancia fundamental para lograr la recuperación física y emocional de las personas enfermas.

Otras causas asociadas importantes son: estar embarazada, padecer enfermedades del sistema respiratorio y enfermedades gastrointestinales (véase Tabla 16, página 42).

Estas condiciones patológicas subyacentes deben ser abordadas oportunamente, ya que tienen un impacto importante en la salud de las mujeres y, por su cronicidad, las hace sumamente vulnerables a enfermar y morir en una etapa muy temprana de su vida.

Al identificar el diagnóstico de causa básica de muerte se pudo observar que 35 (20.00%) mujeres fallecieron por enfermedades crónicas del tracto gastrointestinal. En 28 (80%) casos se identificaron los síntomas de dolor esofágico al ingerir alimentos, ardor retro esternal intenso y regurgitación de líquido ácido y con sabor amargo. Estos síntomas se encuentran presentes con mucha frecuencia en cuadros compatibles con esofagitis por reflujo. En 16 (9.14%) mujeres fallecidas se reportó la presencia de hemorragia del tracto gastrointestinal, los que pudieron estar relacionados con várices esofágicas y ocasionarles la muerte como consecuencia directa de la hemorragia o coma hepático provocado por la hemorragia. Es probable que en muchos de estos casos existieran cuadros sub clínicos de cirrosis hepática secundarios a estados de desnutrición crónica, procesos infecciosos o al consumo de alcohol. Estas tres condiciones están presentes en un elevado porcentaje de la población postergada de nuestra sociedad, quienes han padecido cuadros de desnutrición crónica y los convierte en grupos altamente vulnerables.

Consecuentemente se puede decir que los procesos patológicos del tracto gastrointestinal son causa básica de muerte en el 29.14% de las mujeres investigadas, equivalentes a una tercera parte de la población (véase Tabla 18, página 44).

Al comparar este resultado con los de la Memoria Anual de Vigilancia Epidemiológica del año 2002, del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, se pudo observar que la “Enfermedad Péptica Gastritis” en las mujeres se reporta con una incidencia de 5.57% de la morbilidad general y cirrosis en el 1.44% de las muertes. En el Departamento de Chimaltenango se reporta la “Enfermedad Péptica Gastritis” en un 6.25% de la morbilidad general y el cáncer gástrico se reporta en el 3.52% de muerte de mujeres.

Este resultado evidencia una diferencia importante entre los datos oficiales y lo detectado en este estudio, lo que podría ser interpretado como que existe un subregistro de un 25.62% o un porcentaje significativo de mujeres con esta enfermedad que no consultan a los servicios de salud locales.

Las enfermedad infecciosa de vías respiratorias bajas como causa básica de muerte se identificó en 27 (15.44%) casos. Los síntomas que se presentaron en más del 70% de los casos fueron tos productiva crónica, esputo con sangre, dificultad para respirar, fatiga con poco o mediano esfuerzo y fiebre. En 22 de las 27 pacientes se reportó que eran “muy delgadas y pequeñas para su edad”.

En la Memoria Consolidada del País, del Sistema de Vigilancia Epidemiológica del 2002, del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, la “Neumonía” en las mujeres se reporta con una incidencia de 2.64% de la morbilidad general y 18.45% como diagnóstico de causa de muerte. En el Departamento de

Chimaltenango se reporta la "Neumonía y Bronconeumonía" en 4.77% de la morbilidad general y en 21.48% como causa de muerte en las mujeres.

Existe similitud entre los resultados de este estudio y el reporte oficial del Ministerio de Salud Pública, lo que puede deberse a la relativa facilidad para diagnosticar estos cuadros.

En 22 (12.57%) mujeres, se estableció como diagnóstico de causa básica de muerte enfermedades del sistema cardiovascular. Los síntomas predominantes fueron fatiga con incapacidad para hacer pequeños esfuerzos (barrer, lavar, caminar cortas distancias) (77.00%), dormir con la cabeza en alto (91.00%), amanecer con los ojos hinchados (60.00%); palpitaciones y dolor en el corazón (50.00%); cefaleas frecuentes (41%).

En la Memoria Consolidada del País, del Sistema de Vigilancia Epidemiológica del año 2002 del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, las enfermedades cardiovasculares en mujeres, se reportan entre las causas de morbilidad prioritarias divididas en tres grandes categorías: "Hipertensión Arterial" (2.41%), "Infarto Agudo del Miocardio" (0.04%) e "Insuficiencia Cardíaca Congestiva" (0.11%). Al "Infarto Agudo del Miocardio" se le atribuye un 3.21% de las de muerte en mujeres. En el Departamento de Chimaltenango, estas enfermedades se reportan con las siguientes frecuencias: "Hipertensión Arterial" (0.77%), "Infarto Agudo del Miocardio" (0.06%) e "Insuficiencia Cardíaca Congestiva" (0.06%) en mujeres. Al "Infarto Agudo del Miocardio" se le atribuye el 3.57% como causa de muerte en las mujeres.

Al sumar las causas de morbilidad por enfermedad cardiovascular reportadas en la Memoria Consolidada del país y el Departamento de Chimaltenango se obtiene un 2.56% y 0.89% respectivamente. Al realizar el mismo procedimiento para las muertes ocasionadas por esta enfermedad se obtiene 3.21% y 3.57%. En esta investigación se identificó un 12.57% de muertes ocasionadas por enfermedades del sistema cardiovascular.

Es evidente la deferencia entre la frecuencia porcentual de ambos estudios; ello puede tener relación con el subregistro que se origina en la consulta externa de los servicios al no investigar estas patologías y atender "los motivos de consulta" más frecuentes. Por otra parte, la historia referida a la persona que certifica la causa de muerte puede adolecer de datos importantes que permitan identificarlas, sea porque el interrogatorio es insuficiente o porque el informante no conoce a profundidad la verdadera historia de la enfermedad que condujo a la muerte.

18 (10.29%) mujeres fallecieron por causas relacionadas con el embarazo, parto o puerperio. La entrevista

permitió establecer que 10 (55.56%) presentaron hemorragia vaginal y fallecieron dentro de las 24 horas: en 4 (22.22%) se identificaron síntomas compatibles con eclampsia ("ataques durante la semana previa al parto" o "pérdida de la conciencia y muerte durante el parto"). 2 (11.11%) murieron por haber abortado y ser objeto de manipulación. 2 (11.11%) murieron por estar "muy desnutridas" y haber tenido muchos hijos (8 al menos), y "no aguantaron el embarazo".

En la Memoria Consolidada del País del Sistema de Vigilancia Epidemiológica del año 2002, del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, las cinco principales causas de mortalidad materna, reportadas, son: Hemorragia del Parto (18.26%), Retención de la Placenta (16.81%), Sépsis Puerperal (13.62%), Eclampsia (12.46%) y Atonía Uterina (3.48%). En el Departamento de Chimaltenango, se reporta que las cinco primeras causas de mortalidad materna son: Hemorragia post parto inmediato (30.77%), Sépsis puerperal (15.38%), Atonía Uterina (15.38%), Placenta Previa (7.69%) y Preeclampsia (7.69%).

Al comparar estos datos se puede observar que existe coincidencia en los diagnósticos de hemorragia durante el parto y preeclampsia. No se reportan los abortos ni manipulaciones a pesar de ser procedimientos frecuentes y sin control y tampoco se hace referencia a las pésimas condiciones generales, de salud, de la mujer. A pesar de existir un mayor control de las muertes por esta causa, el diagnóstico en el nivel local es muy limitado ocasionando subregistro.

Por otra parte, se identificó a 11 (6.29%) mujeres, de quienes se relató que se casaron muy jóvenes (entre 15 y 18 años) y antes de los 20 años de edad ya tenían dos o más hijos. En todos los casos se reportó pérdida de peso y debilidad progresiva en los últimos seis meses antes de morir. 8 (72.73%) de ellas sufrían hemorragias menstruales irregulares y abundantes acompañadas de mucho dolor en el abdomen y cintura; este cuadro se acentuó durante el último año de su vida. En ninguno de los casos se refirió que la paciente se hubiese realizado examen ginecológico y prueba de papanicolaou. Estos cuadros son compatibles con el diagnóstico de fibromatosis uterina o cáncer cérvico uterino (6).

El cáncer de cérvix se reporta con una incidencia de 0.10% en la Memoria Consolidada del País del 2002. En el Departamento de Chimaltenango la incidencia reportada es de 0.012%. La diferencia es grande y puede deberse a la poca frecuencia con la cual se practican evaluaciones ginecológicas y pruebas de papanicolaou a las mujeres en edad reproductiva en el país. Este dato es importante puesto que hace 50 años, el cáncer de cuello uterino era la primera causa de muerte por cáncer en las mujeres de Estados

Unidos, pero en la actualidad, esa tasa ha disminuido considerablemente hasta figurar como la octava causa de muerte por cáncer, siendo responsable de, aproximadamente, 4,500 fallecimientos anuales. Gran parte de este logro espectacular depende de la eficacia de la prueba citológica de papanicolaou (6).

Otros productos valiosos, obtenidos a través de la técnica de autopsia verbal son los siguientes: fue posible definir el siguiente perfil de las mujeres fallecidas: la media de edad de las mujeres casadas es de 38.32 años y de las mujeres solteras es de 26.54 años (7 de 10 están casadas y 3 de 10 solteras). El 46.29% no asistió a la escuela y no sabía leer ni escribir al momento de su muerte. El 38.86% realizó estudios de primaria sin llegar a completarla y, únicamente, el 14.85% realizó estudios completos de primaria y más. El 73.14% de las mujeres tenía compromisos conyugales y, además de cumplir con su trabajo de ama de casa, 24.57% desarrollaba ocupaciones en el campo o en carreras técnicas y universitarias. La media de embarazos, en las mujeres casadas fue de 4. La media de hijos vivos fue de 3. Las mujeres que sufrieron un aborto fueron 8, con dos abortos, 2, y, con cinco abortos. De las 47 mujeres solteras una murió durante el parto; 4 tuvieron un hijo, de los cuales 3 aun vivían. La tasa global de fecundidad (capacidad para quedar embarazada) para Guatemala en el periodo 1993 - 1995 fue de 5.1 hijos por mujer.

Al analizar cada uno de los datos del perfil de las mujeres fallecidas, con la información que ha sido generada por las instituciones nacionales e internacionales, se pudo observar lo siguiente:

El Informe de la Situación de Salud en las Américas, se indica que la esperanza de vida al nacer para las mujeres guatemaltecas es de 69.8 años. Con base en los resultados de este estudio se puede decir que las mujeres que fallecieron en edad reproductiva y que tenía vida conyugal vivieron 31.48 años menos, mientras que las solteras 43.26 años menos al de la esperanza de vida estimada. El impacto ocasionado al desarrollo familiar potencial y al desarrollo de la sociedad no se puede medir.

En cuanto al estado civil de las mujeres, en la ENSMI 95, se reporta que el 64% de las mujeres en edad reproductiva viven en estado de unión conyugal. Un 22% no tiene una relación conyugal formal. En el grupo de mujeres comprendidas entre los 15 y 19 años, 8 de cada 10 son solteras, pero al concluir los 24 años, 6 de cada 10 ya sostienen una relación de pareja. El divorcio no es común en Guatemala y se reporta en menos del 1%. Las separaciones se presentan desde temprana edad, antes de los 25 años hay 5% de mujeres separadas y entre los 45 y 49 años de edad se incrementa a 9% (14). Los resultados obtenidos en esta investigación son similares a los reportados por la ENSMI 95 (16).

De acuerdo con las cifras del Movimiento Nacional de Alfabetización (MONALFA), en el año 2000 la tasa de analfabetismo se situaba en el 36.4% y, en la actualidad, se registra una tasa del 26.15%. Sin embargo, estas tasas son promedios nacionales que no reflejan las disparidades entre los departamentos de la república. En el año 2000, la mayor tasa de analfabetismo se situó en los departamentos de Alta Verapaz (65.2%) y Huehuetenango (64.8%). A pesar de los esfuerzos por reducir el analfabetismo en el país, Guatemala registra los indicadores más altos respecto del resto en América Latina. Este problema se acentúa en la mujer indígena, como se observa en los resultados de este estudio (36). En esta investigación se estableció que el 46.29% de las mujeres eran analfabetas al momento de morir.

De acuerdo con la Secretaría General de Planificación y Programación de la Nación (SEGEPLAN), en lo referente al acceso al empleo, una de las particularidades del mercado laboral de Guatemala consiste en el hecho de que la participación de la mujer se ha visto limitada por el analfabetismo, el bajo nivel de educación y capacitación, y, las responsabilidades del hogar que no son compartidas con el hombre. La escasa protección legal a las mujeres en términos labores implica que, además de las dificultades para obtener trabajo, su situación dentro del mercado es aún discriminatorio. Esta situación es más crítica en las áreas rurales y con mayores niveles de pobreza, sobre todo, en las mujeres indígenas. Las categorías ocupacionales con una mayor participación femenina constituyen una prolongación de las actividades de orden doméstico. Su presencia en el sector económico informal, es mucho mayor que la del hombre (36).

Adicionalmente, en esta investigación fue posible profundizar en las motivaciones para buscar o no ayuda durante la enfermedad; para ello se preguntó ¿cuál fue el motivo por el cual no se buscó ayuda?, obteniendo las siguientes respuestas: "siempre se buscó ayuda pero el tratamiento no sirvió" 51 (29.14%). 11 (6.29%) personas respondieron que su familiar "buscó ayuda y no encontró apoyo en los servicios de salud". En estas respuestas se reflejan las limitaciones de los servicios de salud para atender con eficacia los problemas de salud que, en su oportunidad, presentaron las mujeres fallecidas (Véase Tabla N° 15, página 41).

15 (8.57%) personas expresaron que "se buscó ayuda demasiado tarde"; y, 10 (5.71%) reconocieron que "la paciente o la familia habían subestimado el riesgo de la enfermedad que le aquejaba". 33 (18.86%) personas respondieron que "la paciente o su familia decidieron que lo mejor era morir en su casa". Adicionalmente, 32 (18.29%) personas entrevistadas no supieron responder con claridad el motivo por el cual no se había buscado ayuda. Por una parte, se perciben las conductas determinadas por factores culturales y, por otra, los temores o el desconocimiento del apoyo que se puede dar a la paciente cuando

se busca oportunamente. De nuevo se evidencia la limitada capacidad de respuesta del sistema de salud para atender y resolver con eficacia y eficiencia las necesidades de salud de las mujeres en edad reproductiva.

23 (13.14%) personas entrevistadas expresaron que “la paciente era muy pobre y no contaba con el dinero suficiente para pagar sus pasajes y la medicina”. Esta respuesta evidencia la realidad miserable en que vive la mayoría de las mujeres de nuestra sociedad.

El instrumento de autopsia verbal permitió identificar los servicios de salud del estado que más se buscaron, y, en su orden son: Hospital Departamental de Chimaltenango 37 (21.14%) pacientes; Centro de Salud del Municipio 11 (6.29%); Hospital Roosevelt 6 (3.43%); Puesto de Salud 6 (3.43%) y Hospital Regional en Antigua Guatemala 3 (1.71%) pacientes. Ello quiere decir que a los servicios públicos del Estado consultan 4 de cada 10 pacientes.

Los personajes locales que se buscaron para obtener ayuda son: Comadrona Tradicional 16 pacientes (9.14%); Curandero Tradicional 5 (2.86%); Promotor de Salud 4 (2.29%). En total, 25 (14.29%) pacientes buscaron ayuda dentro de su comunidad y la mayoría ya lo había hecho o lo hizo después en los servicios públicos o privados de salud.

21 pacientes (12.00%) consultaron médico privado, de los cuales 11 (6.29%) fueron internados en sanatorios privados. Estos pacientes, en su mayoría, consultaron con anterioridad a los servicios públicos o con el personal local y al no encontrar “consuelo” para resolver su problema decidieron buscar ayuda en los servicios privados de salud.

Para identificar el grado de satisfacción por la calidad de atención recibida se analizó la respuesta de los 77 familiares que reconocieron haber requerido atención a la salud de su familiar, a las siguientes preguntas.

- a. “En su opinión ¿cómo fue la calidad de atención?”, 46 (59.74%) respondieron que “la calidad de atención fue buena” y 31 (40.26%) que “la calidad de atención fue mala”.
- b. ¿Cree usted, que le dieron el mejor tratamiento posible?, 21 (27.27%) respondieron que “no creen que se le diera el mejor tratamiento posible a su familiar”; 30 (38.96%) respondieron que “no sabían si se le había dado el mejor tratamiento posible a su familiar”; y 26 (33.77%) respondieron que “si creían que a su familiar se le había dado el mejor tratamiento posible”.
- c. ¿Consultaría nuevamente si tiene un nuevo problema con otro familiar? 12 (15.58%) respondieron que

no; 20 (25.97%) respondió que no sabía si consultaría de nuevo en caso de ser necesario; y 45 (58.44%) respondieron que sí consultaría de nuevo a ese lugar en caso de ser necesario.

Lo anterior puede interpretarse de la siguiente manera: 6 de cada 10 familiares piensan que la calidad de atención es buena, 7 de cada 10 piensan que a su paciente no se le dio, o, no saben si se les dio el mejor tratamiento posible, y, 6 de cada 10 consultarían nuevamente a ese servicio.

Parece existir satisfacción por la atención otorgada a la mujer fallecida. Sin embargo, no se debe perder de vista que estos grupos no tienen opciones, y siempre que requieran atención médica deberán consultar a los servicios que están a su alcance. La calidad de atención en el nivel local depende de la importancia y el apoyo técnico / logístico que se dé por parte de las autoridades del nivel central del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, la cual es fundamental para garantizar que las intervenciones individuales y colectivas sean eficientes, pertinentes y oportunas.

CONCLUSIONES

1. Al comparar el diagnóstico de causa básica de muerte del Registro Civil con el obtenido a través de la técnica de autopsia verbal, se pudo observar coincidencia en un 37.71%. Si se acepta como válido que el diagnóstico obtenido a través de autopsia verbal es correcto, se podrá afirmar que el del Registro Civil es deficiente en 7 de cada 10 casos certificados.
2. La desnutrición crónica del adulto como causa asociada de muerte (54.86%), es importante por ser una patología que expresa las condiciones de miseria en que viven las niñas y adolescentes de nuestro país. Esta enfermedad se acentúa en la vida adulta de las mujeres, exponiéndolas a un mayor riesgo de muerte al estar embarazadas o sufrir procesos mórbidos.
3. La causa básica de muerte con mayor incidencia fue enfermedad crónico - degenerativa del tracto gastrointestinal 52 (29.71%, se incluye hemorragia del tracto gastrointestinal). El diagnóstico y terapéutica de estas enfermedades es complejo y costoso. Es muy probable que su origen esté relacionado con cuadros de desnutrición crónica, procesos infecciosos del tracto gastrointestinal, dieta, salud oral y otros, que podrían ser evitados con programas preventivos dirigidos a la niña, mujeres pre adolescentes y adolescentes, prioritariamente.
4. La muerte de mujeres en edad reproductiva durante el embarazo, parto o puerperio es una constante que preocupa. En esta investigación fue posible observar coincidencia en la frecuencia y causalidad reportada en otros estudios. Adicionalmente, se evidenció que las mujeres del área rural desarrollan procesos degenerativos de sus órganos reproductores en un 6.28% de los casos investigados. El diagnóstico temprano a través de pruebas como el papanicolaou puede disminuir o evitar las muertes por esta causa.
5. El perfil de las mujeres fallecidas permite observar la existencia de profundas inequidades que deben ser investigadas con el objetivo de obtener una mejor comprensión de los factores que las condicionan y determinan.

6. La técnica de autopsia verbal, en este estudio, permitió: a) aproximar a una evaluación de la calidad del diagnóstico de causa de muerte; b) identificar las patologías que están presentes y ocasionan la muerte de las mujeres investigadas; c) definir el perfil de las personas entrevistadas y fallecidas; d) establecer el motivo por el cual no se buscó ayuda o el tipo de respuesta que se obtuvo al hacerlo; y, e) obtener la opinión que tienen las personas entrevistadas acerca de la calidad de atención recibida por parte de la persona fallecida.
7. Se observó que las mujeres que fallecieron durante su edad reproductiva y tenían vida conyugal vivieron 31.48 años menos; y, las solteras 43.26 años menos, con relación a la esperanza de vida estimada para las mujeres guatemaltecas (69.8 años). El daño ocasionado al desarrollo familiar y al de la sociedad no se puede cuantificar.
8. El rol que desempeña la persona que informa el fallecimiento, así como el de quien entrevista es fundamental para generar información confiable y pertinente para caracterizar la enfermedad que produjo la muerte.

RECOMENDACIONES

1. La importancia que la sociedad y las instituciones dan a la calidad del diagnóstico de causa de muerte tiene que ver con el interés genuino para implementar programas orientados a la prevención y atención temprana y oportuna de las patologías que las ocasionan. Por ello, se debe mejorar la calidad del diagnóstico de causa básica de muerte de mujeres en edad reproductiva.
2. Los resultados obtenidos en este estudio, evidencian la necesidad de fortalecer los programas orientados al diagnóstico temprano, la prevención y erradicación de la desnutrición en la niñez y la adolescencia evitando con ello la desnutrición crónica del adulto.
3. Es importante realizar investigaciones que permitan una mejor comprensión de los factores condicionantes y determinantes que inciden en las enfermedades: a) del tracto gastrointestinal; b) infecciosas pulmonares; c) cardiovasculares; d) estados depresivos; y, otras de elevada incidencia en la población de mujeres en edad reproductiva del país. Ello contribuirá a la implementación de programas integrales para la prevención y manejo oportuno y eficaz, de estas patologías.
4. Por los resultados observados en este estudio, la técnica de autopsia verbal es una alternativa a tomar en cuenta para identificar las causas de muerte, ya que genera información pertinente, oportuna y confiable cuando se utiliza de manera adecuada. La entrevista puede realizarse en los servicios de salud y, de ser necesario, visitar o citar a un familiar cercano para que brinde los datos necesarios. En estas condiciones, puede ser una alternativa de bajo costo y alto impacto.
5. La observacional descriptiva (diagnóstica) de este estudio se debe complementar con investigaciones que permitan construir el perfil epidemiológico de los procesos patológicos identificados y validar las estrategias sanitarias para su solución.
6. Es recomendable realizar evaluaciones con enfoque de género, etnia y cultura para profundizar en la comprensión de las causas que afectan a los grupos con mayor grado de postergación.
7. Los resultados de este estudio pueden y deben ser utilizados como insumo de discusión, para decidir acciones que sean pertinentes y oportunas, en beneficio de las mujeres en edad reproductiva, en particular, y, de la sociedad guatemalteca en general

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

1. APRESAL, **"Situación Regional de Guatemala"**. La Reforma del Sector Salud; Foro Internacional, p. 25 - 29. Guatemala, junio - julio de 1999.
2. Baujot, Michel, **"Estrategia de intervención, metodología de identificación de problemas y selección de indicadores"**. La Reforma del Sector Salud, Foro Internacional; p. 79 - 89. Guatemala, junio - julio de 1999.
3. Bergonzoli, Gustavo **"Situación de Salud en Guatemala"**. OPS -OMS; p. 15. Guatemala, febrero de 2000.
4. Campbell, Oóna & Carine Ronsmans. **"Autopsia Verbal para Investigar Causas de Muerte Materna"**. Taller de la Organización Mundial de la Salud. División de Salud Familiar. Traducido por Carlos H. Escobar Juárez. Londres. 13 de enero de 1994.
5. Comisión Económica para América Latina y el Caribe CEPAL - Economic Commission for Latin America and the Caribbean ECLAC - Naciones Unidas: **"Guatemala: población y desarrollo. Un diagnóstico sociodemográfico"**. pp. 83. Santiago de Chile, diciembre de 2001.
6. Crum, Christopher P. **"Aparato Genital Femenino"**. Patología Estructural y Funcional de Robbins. Sexta Edición. p. 1079 - 1162. México, D. F. Julio de 2001.
7. Deman, Hedi: **"Modelo de Atención de Salud en Guatemala"**. La Reforma del Sector Salud, Foro Internacional; p. 101 - 106. Guatemala, junio - julio de 1999.
8. Dever, Alan: **"Mediciones Epidemiológicas"**. Epidemiología y Administración de Servicios de Salud; p. 77 - 116. OPS - OMS. Washington. D. C. 1991.
9. Fondo de Desarrollo Democrático de Canadá FDDC: **"Ley de dignificación y promoción integral de la mujer"**. pp. 31. Guatemala, 2001.
10. García Benavides, Fernando: **"La Medición en Epidemiología"**. Texto de Salud Pública. p. 149 - 163. McGraw - Hill - Interamericana de España. Primera Edición. México, octubre de 1998.
11. Giacomini, Hebe: **" Información Médica de la Causa de Muerte y Clasificación de las Enfermedades"**. Texto de Medicina y Salud Pública. p. 215 - 219. Editorial Eudeba. Primera Edición. Buenos Aires Argentina. Noviembre de 1999.
12. Giacomini, Hebe; Sara Novaro de Cosarinsky: **"Demografía"**. Texto de Medicina y Salud Pública. p. 177 - 210. Editorial Eudeba. Primera Edición. Buenos Aires Argentina. Noviembre de 1999.

13. Gobierno de Guatemala - URNG: "**Acuerdos de Paz**". Una Publicación de la Universidad de San Carlos de Guatemala a través de la Dirección General de Investigación. p. 31 - 32. Diciembre de 1996.
14. Gobierno de Guatemala Secretaria Presidencial de la Mujer SEPREM - UNICEF: "**Conociendo la política nacional de promoción y desarrollo de las mujeres guatemaltecas y plan de equidad de oportunidades 2001 - 2006**". pp. 35. Guatemala, 2002.
15. Gobierno de Guatemala: "**Plan de Gobierno 2000 - 2004**". pp. 19. Guatemala, marzo de 2000.
16. Instituto Nacional de Estadística, MSPAS, USAID, UNICEF, DHS: "**Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil, 1995**". Guatemala, octubre de 1996.
17. Kestle Edgar, Lilian Ramírez. "**Pregnancy Related Mortality in Guatemala, 1993 - 1996**". MSPAS - OPS. Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Materna en Guatemala. Capitulo 5: Experiencia de Implementación en Huehuetenango. Guatemala, 1996.
18. Marset Campos, Pedro; José Miguel Sáez Gómez: "**La Evolución Histórica de la Salud Pública**". Texto de Salud Pública. p. 1 - 24. McGraw - Hill - Interamericana de España. Primera Edición. México, octubre de 1998.
19. Mazzáfero, Vicente E.: "**El Desarrollo de la Salud Pública en las Sociedades Humanas**". Texto de Medicina y Salud Pública. p. 19 - 63. Editorial Eudeba. Primera Edición. Buenos Aires Argentina. Noviembre de 1999.
20. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala: "**La salud, una revolución silenciosa en las comunidades**". República de Guatemala. 2002.
21. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala: "**Indicadores Básicos de Análisis de Situación de Salud; Memoria Consolidada del País**". República de Guatemala. 1999.
22. Óctavio Ángel, Luis: "**El Proceso de la Reforma en Guatemala**". La Reforma del Sector Salud, Foro Internacional; p. 47 - 52. Guatemala, junio - julio de 1999.
23. Organización de Naciones Unidas: "**Metas del Milenio. Informe de Avances en Guatemala**". pp. 44. Guatemala, enero de 2001.
24. Organización Panamericana de la Salud: "**Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Relacionados con la Salud**". Volumen 2. Décima Revisión. p. 29 y 30. 1995.

25. Organización Panamericana de la Salud: "**Estrategia Regional para la Reducción de la Mortalidad y Morbilidad Materna**". Resolución CSP 26 R14. 26 Conferencia Sanitaria Panamericana, 54ª Sesión del Comité Regional. Washington, D. C. Septiembre de 2002.
26. Organización Panamericana de la Salud: "**La Salud en las Américas**". Publicación Científica y Técnica No. 587. Volumen I. p. 9. Edición 2002.
27. Organización Panamericana de la Salud: "**La Salud en las Américas**". Publicación Científica y Técnica No. 587. Volumen II. p. 318 - 334. 2002.
28. Organización Panamericana de la Salud: "**Manual para el control de las enfermedades transmisibles**". Decimosexta edición. Washington, D. C. 1997.
29. Ortún Rubio, Vicente, "**La mejora de la equidad y la eficiencia como objetivos de las reformas de los sistemas de salud**". La Reforma del Sector Salud, Foro Internacional; p. 47 - 52. Guatemala, junio - julio de 1999.
30. Paredes, Rosa: "**Políticas Públicas, pobreza y equidad de género**". pp. 32. Fotocopiado con fines docentes. Guatemala, 2002.
31. Pineault, Raynald; Carolo Daveluy: "**Enfoques y métodos de identificación de problemas y necesidades de salud**". La Planificación Sanitaria. p. 60 - 188. Editorial Masson, S. A. Segunda Edición. Barcelona, 1989.
32. Privado, Alfredo: "**Reforma Administrativo - Financiera en Guatemala**". La Reforma del Sector Salud, Foro Internacional; p. 91 - 100. Guatemala, junio - julio de 1999.
33. Programa de Naciones Unidas para los Desplazados PNUD: "**El Índice de Desarrollo Humano**". Desarrollo Humano: Informe 1992. Santafé de Bogotá - Colombia, 1992.
34. Rodríguez, Enrique: "**Programa de Mejoramiento de los Servicios de Salud. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala**". La Reforma del Sector Salud, Foro Internacional; p. 107 - 102. Guatemala, junio - julio de 1999.
35. Schieber, Barbara, Cynthia Stanton. "**Estimación de la Mortalidad Materna en Guatemala. Periodo 1996 - 1998**". GSD Consultores Asociados. Guatemala, Marzo del 2000.
36. Secretaria de Planificación y Programación (SEGEPLAN): "**Política de Desarrollo Social y Población**". pp. 56. Guatemala, abril de 2002.

37. Secretaría de Planificación y Programación (SEGEPLAN): "Informe Anual 2002, Políticas de Desarrollo Social y Población". p. 13 - 15. Guatemala, noviembre de 2002.
38. Secretaría de Planificación y Programación (SEGEPLAN): "Mapas de pobreza de Guatemala. Instrumentos para entender el flagelo de la pobreza en el país". pp. 37. Guatemala, agosto de 2001.
39. Sistema de Naciones Unidas en Guatemala: "Guatemala, los contrastes del desarrollo humano". pp. 236. Guatemala, 1998.
40. Sistema de Naciones Unidas en Guatemala: "Igualdad, equidad y potenciación del papel de la mujer". p. 23 - 27. Vigésimo primer periodo extraordinario de sesiones. Tema 8 del programa: Examen y evaluación general de la ejecución del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. Nueva York, 30 de junio al 2 de julio de 1999.
41. Sistema de Naciones Unidas en Guatemala: "Guatemala: la fuerza incluyente del desarrollo humano". pp. 298. Guatemala, 2000.
42. Sistema de Naciones Unidas en Guatemala: "Guatemala: el financiamiento del desarrollo humano". pp. 298. Guatemala, 2001.
43. Sistema de Naciones Unidas en Guatemala: "Guatemala: desarrollo humano, mujer y salud". pp. 422. Guatemala, 2000.
44. Vargas Velásquez, Alejo: "Análisis y evaluación de políticas públicas". Fotocopiado con fines docentes. p. 17 - 22. Guatemala, abril - junio de 1994.
45. Villatoro Natareno, Guillermo Rigoberto; Mayra M. Albrez P. "Situación de la Mortalidad Materna. República de Guatemala, 1997 - 1999". Dirección General del Sistema Integrado de Atención de Salud, Departamento de Epidemiología. Boletín Epidemiológico Nacional No. 16. p. 23 - 25. Guatemala, diciembre de 1999.
46. World Health Organization: "Verbal Autopsies for Maternal Death". División of Family Health. Geneva. Report of a WHO workshop. London, 10-13 January 1994.

CAPÍTULO X

ANEXOS

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS, MAESTRÍA DE SALUD PÚBLICA

Instrumento N° 1

Identificación de las mujeres fallecidas en edad reproductiva para la:
"Evaluación de la calidad del diagnóstico de causa de muerte en mujeres en edad reproductiva en los Departamentos de Chimaltenango, durante los años 2000 y 2001"

INSTRUCCIONES

Este instrumento se debe llenar con los datos correspondientes a cada mujer comprendida entre los 12 y 50 años al momento de su muerte. La información debe ser confiable, por lo que deberá anotar la fuente de donde la obtuvo.

Nombres y Apellidos completos de la persona fallecida¹: _____
 Fecha de nacimiento: Día: ____; Mes: ____; Año: ____.
 Fecha de defunción: Día: ____; Mes: ____; Año: ____.
 Diagnóstico(s) que aparece(n) como causa de la muerte: _____
 Diagnóstico de causa directa: _____
 Diagnóstico de causa básica: _____
 Diagnóstico de causa asociada: _____
 Nombre completo de la madre: _____
 Nombre completo del padre: _____
 Nombre completo del esposo: _____
 Nombre completo de la persona que informó sobre la muerte de esta persona: _____

Lugar de residencia de la persona fallecida²: _____

Personaje que certificó el diagnóstico de la causa de muerte:
 Médico del MSP y AS: ; Médico particular: ; Estudiante de Medicina en EPSR: ;
 Enfermera Profesional: ; Auxiliar de Enfermería: ; Registrador Civil: . Otro: ³

Es de suma importancia que investigue si la persona fallecida fue atendida en alguna unidad asistencial del MSP y AS por las causas que ocasionaron su muerte; para ello deberá apersonarse en los servicios y consultar los registros correspondientes; también dejará constancia del nombre de la comadrona o persona que atendió a la mujer durante el embarazo, el parto o puerperio.

¹ Se deben anotar los dos nombres y los dos apellidos, así como el apellido de casada.

² Deberá indicar el nombre de la aldea, caserío, cantón, paraje u otro que permita identificar el lugar exacto de residencia de la persona al momento de su muerte. Esta información se debe complementar con la ubicación de la residencia en el mapa que usted(es) elaborará(n) para esta investigación.

³ Indique la profesión o el cargo de la persona que certificó la causa de la muerte.

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
 FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS, MAESTRÍA DE SALUD PÚBLICA

Instrumento N° 2

AUTOPSIA VERBAL

“EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DEL DIAGNÓSTICO DE MUERTE EN MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA EN EL DEPARTAMENTO DE CHIMALTENANGO”

Instrucciones para la entrevista

- Hágase presentar por un miembro de la comunidad que posea mucho reconocimiento, o por alguna autoridad local. También puede ser presentado por el personal local de salud, siempre y cuando tengan una buena imagen ante la población y sean aceptados por los familiares que participarán en la entrevista.
- Explique a los familiares de la persona fallecida, el propósito de su visita. Hágalo con lenguaje sencillo y con mucho respeto hacia sus interlocutores.
- Pregunte si es posible que la información sea proporcionado por:
 - la madre, el padre, los abuelos o el familiar más cercano que estuvo acompañando a la persona fallecida durante su enfermedad. *(Esto se aplica para las mujeres menores de edad y solteras, que al momento de su muerte vivían en la casa de sus padres o hermanos)*
 - la madre, el padre, los abuelos, la suegra, el suegro, el esposo o el familiar más cercano que estuvo acompañando a la persona fallecida durante su enfermedad. *(Esto se aplica para las mujeres mayores de edad y casadas, que al momento de su muerte vivían en casa propia o en la de los familiares del esposo).*
- De no ser posible entrevistar a los familiares cercanos en ese momento, acuerde una fecha y hora para poder entrevistarlos.

Sección 1: Datos del encuestador y lugar de la entrevista

Estudiante de Medicina en EPSR: <input type="checkbox"/>	Enfermera Profesional: <input type="checkbox"/>	Auxiliar de Enfermería: <input type="checkbox"/>
Nombre del entrevistador: _____		
Área de Salud: _____		
Distrito de Salud: _____		
Nombre del Director del Distrito: _____		
Nombre del (la) Enfermero(a) Graduado(a): _____		

Sección 2: Datos generales de la persona entrevistada

1. Nombre de la persona entrevistada: _____	
2. Edad en años cumplidos: _____	2.1 Nivel de escolaridad: _____
3. Parentesco: 3.1 Madre <input type="checkbox"/> ; 3.2 Padre <input type="checkbox"/> ; 3.3 Abuela <input type="checkbox"/> ; 3.4 Abuelo <input type="checkbox"/> ; 3.5 Suegra <input type="checkbox"/> ; 3.6 Suegro <input type="checkbox"/> ; 3.7 Esposo <input type="checkbox"/> ; 3.8 Familiar cercano <input type="checkbox"/> = Explique: _____, 3.9 Estuvo(vieron) presente(s) otra(s) personas en la entrevista Si <input type="checkbox"/> ; No <input type="checkbox"/> ; ¿Quiénes?: 3.10 Madre <input type="checkbox"/> ; 3.11 Padre <input type="checkbox"/> ; 3.12 Abuela <input type="checkbox"/> ; 3.13 Abuelo <input type="checkbox"/> ; 3.14 Suegra <input type="checkbox"/> ; 3.15 Suegro <input type="checkbox"/> ; 3.16 Esposo <input type="checkbox"/> ; 3.17 Amigos cercanos <input type="checkbox"/> = Explique: _____	
4. Habla y entiende español: Si <input type="checkbox"/> ; No <input type="checkbox"/>	4.1 Responde “No” indique si empleo traductor: Si <input type="checkbox"/> ; No <input type="checkbox"/>
5. La persona entrevistada se percibe: 5.1 Muy colaboradora <input type="checkbox"/> ; 5.2 Poco colaboradora <input type="checkbox"/> .	

Sección 3: Datos generales de la persona fallecida (Se debe registrar la información, desde un inicio)

6. Nombre de la persona fallecida: _____	
7. Fecha de nacimiento: Día: ____ Mes: ____ Año: ____	8. Partida de Nacimiento: Si <input type="checkbox"/> ; No <input type="checkbox"/>
9. Fecha de defunción: Día: ____ Mes: ____ Año: ____	10 Acta de Defunción: Si <input type="checkbox"/> ; No <input type="checkbox"/>
11 Edad al momento de la muerte: Años: ____ Mese: ____ Días: ____.	
12 Estado civil al momento de la muerte: 7.1 Soltera <input type="checkbox"/> ; 7.2 Casada <input type="checkbox"/> ; Unida <input type="checkbox"/> ; Separada <input type="checkbox"/> ; Divorciada <input type="checkbox"/> ; Viuda <input type="checkbox"/> ; Otro estado civil: _____	

Sección 4. Antecedentes sociales de la persona fallecida

13 Número de hermanos (as): _____;	13.1 ¿Cuántos hermanos (as) mayores tenía?: _____.
14 Asistió a la escuela: Si <input type="checkbox"/> ; No <input type="checkbox"/>	SI RESPONDE “NO” PASE A 16
15 Nivel de escolaridad: 15.1 Primaria incompleta <input type="checkbox"/> ; 15.2 Primaria completa <input type="checkbox"/> ; 15.3 Básico incompleto <input type="checkbox"/> ; 15.4 Básico completo <input type="checkbox"/> ; 15.5 Bachillerato incompleto <input type="checkbox"/> ; 15.6 Bachillerato completo <input type="checkbox"/> ; 15.7 Carrera técnica <input type="checkbox"/> ; 15.8 Otro tipo de estudios <input type="checkbox"/> . En el caso de responder, afirmativamente, en 15.7, o, 15.8, explique en este espacio el nivel de estudio alcanzado: _____	
16 Ocupación principal: Para menores de edad o mujeres solteras (de existir otra actividad anótelas en este espacio): 16.1 Estudiante <input type="checkbox"/> ; 16.2 Oficios domésticos <input type="checkbox"/> ; 16.3 Trabajó como doméstica <input type="checkbox"/> ; 16.4 Ayudante en trabajo del campo <input type="checkbox"/> ; 16.5 Otro tipo de ocupación <input type="checkbox"/> ; Explique cuál: _____ Para mayores de edad o mujeres casadas (de existir otra actividad anótelas en este espacio): 16.6 Estudiante <input type="checkbox"/> ; 16.7 Ama de casa <input type="checkbox"/> ; 16.8 Oficios domésticos <input type="checkbox"/> ; 16.9 Trabajó como doméstica <input type="checkbox"/> ; 16.10 Ayudante en trabajo del campo <input type="checkbox"/> ; 16.11 Ayudante en el trabajo del campo <input type="checkbox"/> ; 16.12 Empleada de maquila <input type="checkbox"/> ; 16.13 Otro tipo de ocupación <input type="checkbox"/> ; Explique cuál: _____	

Sección 7: Atención recibida durante la enfermedad

23. ¿En qué lugar falleció la persona?

23.1 Hospital	<input type="checkbox"/>
23.2 Puesto de Salud	<input type="checkbox"/>
23.3 Centro de Salud	<input type="checkbox"/>
23.4 Sanatorio Privado	<input type="checkbox"/>
23.5 Camino al hospital o en busca de ayuda	<input type="checkbox"/>
23.6 En casa	<input type="checkbox"/>
23.7 Otra (especifique)	<input type="checkbox"/>

24. ¿Asistió ella a recibir atención durante su enfermedad?

Si (pase a 25)	<input type="checkbox"/>	No (pase a 28)	<input type="checkbox"/>	No sabe	<input type="checkbox"/>
----------------------	--------------------------	----------------------	--------------------------	---------------	--------------------------

25. ¿En dónde o de quién buscó el cuidado? (registrar todas las respuestas):

25.1 Curandero tradicional	<input type="checkbox"/>
25.2 Comadrona	<input type="checkbox"/>
25.3 Farmacéutico	<input type="checkbox"/>
25.4 Promotor de salud	<input type="checkbox"/>
25.5 Líder religioso	<input type="checkbox"/>
25.6 Hospital del departamento	<input type="checkbox"/>
25.7 Centro de salud	<input type="checkbox"/>
25.8 Puesto de Salud	<input type="checkbox"/>
25.9 Médico privado	<input type="checkbox"/>
25.10 Hospital privado	<input type="checkbox"/>
25.11 Sanatorio privado	<input type="checkbox"/>
25.12 Otros (especificar):	<input type="checkbox"/>

26. Cuando la respuesta es que acudió a otro lugar fuera de su casa debe preguntar acerca de:

26.1 ¿tiempo que tardó en llegar a ese lugar?: _____ Horas; _____ Días.
26.2 ¿la atendieron con rapidez? Si <input type="checkbox"/> ; No <input type="checkbox"/> ; No sabe <input type="checkbox"/> .
26.3 ¿le dieron tratamiento inmediatamente? Si <input type="checkbox"/> ; No <input type="checkbox"/> ; No sabe <input type="checkbox"/> .
26.4 ¿consultó nuevamente ese lugar? Si <input type="checkbox"/> ; No <input type="checkbox"/> ; No sabe <input type="checkbox"/> .
26.5 ¿el tratamiento que le dieron le ayudó? Si <input type="checkbox"/> ; No <input type="checkbox"/> ; No sabe <input type="checkbox"/> .
26.6 ¿cuánto tiempo pasó desde su ingreso hasta que salió del lugar?: _____ Horas; _____ Días.
26.7 ¿en qué condición dejó ella ese lugar?: Buena <input type="checkbox"/> ; Mala <input type="checkbox"/> .
26.8 en su opinión ¿cómo fue la calidad de atención?: Buena <input type="checkbox"/> ; Mala <input type="checkbox"/> .
26.9 ¿cree usted, que le dieron el mejor tratamiento posible? Si <input type="checkbox"/> ; No <input type="checkbox"/> ; No sabe <input type="checkbox"/> .
26.10 ¿consultaría nuevamente si tiene un nuevo problema con otro familiar? Si <input type="checkbox"/> ; No <input type="checkbox"/> ; No sabe <input type="checkbox"/> .

27. ¿Tomó ella, alguno de estos medicamentos? (Es ideal que le muestren las recetas o los frascos de la medicina que tomó la paciente, durante su enfermedad):

27.1 Antibióticos:

Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	No sabe	<input type="checkbox"/>
----------	--------------------------	----------	--------------------------	---------------	--------------------------

¿Qué tipo de antibióticos?: _____

27.2 Antipirético:

Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	No sabe	<input type="checkbox"/>
----------	--------------------------	----------	--------------------------	---------------	--------------------------

¿Qué tipo de antipiréticos?: _____

27.3 Medicina para el corazón?

Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	No sabe	<input type="checkbox"/>
----------	--------------------------	----------	--------------------------	---------------	--------------------------

¿Qué tipo de medicamentos? _____

27.4 Medicina para la presión arterial alta?

Si	No	No sabe
----------	----------	---------------

¿Qué tipo medicamentos?: _____

27.5 Medicina para la enfermedad diagnosticada?

Si	No	No sabe
----------	----------	---------------

¿Qué tipo de medicamentos?: _____

28. ¿Por qué razón dejó de buscar ayuda para atender su enfermedad?:

Sección 8: Diagnóstico

Con la información obtenida durante la entrevista, indique cuál es su diagnóstico de la:

29. causa asociada de la muerte: _____

30. causa básica de la muerte: _____

31. causa directa de la muerte: _____

Visto Bueno de Director de Distrito: _____	Sello
Visto Bueno de Enfermera Graduada: _____	Sello

CHEJ/chej. 2000.