

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A MORTALIDAD

MATERNA

BENJAMÍN ESTUARDO CONTRERAS ESTRADA

Tesis

Presentada ante las autoridades de la

Facultad de Medicina/Maestría de Salud Pública

Para obtener el grado de

Maestro en Salud Pública

Guatemala, noviembre de 2004

Guatemala 28 de octubre 2004.

Dra. Cizel I. Zea Irriarte  
Coordinadora Maestría en Salud Pública  
Facultad Ciencias Médicas  
Universidad de San Carlos de Guatemala  
Guatemala

Dra. Zea.

He terminado la asesoría y la revisión de la tesis de Maestría en Salud Pública, titulada “Factores de Riesgo Asociados a Mortalidad Materna, Ixcán, Quiché, 1998 – 2003”, del Dr. Benjamín Estuardo Contreras Estrada, carné 100010148.

Considero que el desarrollo metodológico del diseño planteado, cumple con los principios científicos fundamentales que una investigación científica debe incluir. Considero que actualmente puede ser sometido a consideración para ser aprobado.

Atentamente,

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”

Dr. Jorge Luis De León  
Asesor de tesis

Guatemala 28 de octubre 2004.

Dr. Alfredo Moreno Quiñónez  
Coordinador del Eje de Investigación  
Maestría en Salud Pública  
Facultad Ciencias Médicas  
Universidad de San Carlos de Guatemala  
Guatemala

Dr. Moreno.

He terminado la asesoría y la revisión de la tesis de Maestría en Salud Pública, titulada “Factores de Riesgo Asociados a Mortalidad Materna, Ixcán, Quiché, 1998 – 2003”, del Dr. Benjamín Estuardo Contreras Estrada, carné 100010148.

Considero que el desarrollo metodológico del diseño planteado, cumple con los principios científicos fundamentales que una investigación científica debe incluir. Considero que actualmente puede ser sometido a consideración para ser aprobado.

Atentamente,

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”

Dr. Jorge Luis De León  
Asesor de tesis

## RESUMEN

Según la Organización Panamericana de la Salud, (OPS) la Mortalidad Materna representa un grave problema de Salud Pública, sus causas son evitables y es la máxima expresión de justicia pública, ya que en los países de menor desarrollo económico, donde existen las cifras más altas de muerte materna y son las mujeres más pobres las que tienen mayor riesgo de morir por embarazo, parto o puerperio (13) (34) (17).

En el municipio de Ixcán, Quiché, del año 1,998 al 2,003 ocurrieron 38 muertes maternas; esta incidencia representa en el ámbito nacional, un grave problema de salud pública, con una razón en el año 2002 de 240 por 100,000 Nacidos Vivos (N.V.) si efectuamos un análisis comparativo respecto de la razón de la línea basal del 2,000 que presentó una razón de 153 por 100,000 N. V; observamos que el riesgo que tiene la mujer embarazada de morir es altísimo a nivel nacional (8). Por lo tanto, es importante investigar los riesgos a los que se expone la población gestante, para reducir la mortalidad en este grupo vulnerable del municipio.

El objetivo principal de este estudio fue determinar los factores de riesgo que están asociados a mortalidad materna en el municipio de Ixcán, Quiché, para lo cual se procedió a revisar las actas de defunciones en el Registro civil de la cabecera municipal y memorias anuales del área de salud (para identificar los casos) registros de nacimientos (para identificar los controles). Se fijaron dos controles por cada caso.

Para identificar los factores de riesgo se creó un instrumento para la recolección de datos, utilizando la técnica de la entrevista, al sujeto de estudio (cónyuge o familiar).

Se construyeron tablas de contingencia para estudiar asociaciones de los factores de riesgo (Odds Ratio) se utilizó la prueba del ji cuadrado y el valor p como medidas de significancia estadística.

Se encontró que la mayoría de muertes maternas en el municipio de Ixcán, Quiché, ocurren en mujeres comprendidas entre los 18 a 35 años, analfabetas que no acudieron a control prenatal, y, quienes tienen como factores de riesgo asociados, fiebre, convulsión y hemorragia.

## **AGRADECIMIENTOS**

Agradezco el apoyo brindado a nivel comunitario (personal del Equipo Básico de Salud) por el apoyo incondicional que me brindó, para realizar esta tesis; al personal de Salud Pública del Área de Salud de Ixcán.

A la Dra. Lorena Gubert por su apoyo.

Al personal docente de la Maestría en Salud Pública por haber compartido sus conocimientos, para desarrollarme como profesional en el campo de la Salud Pública.

Al Dr. José Luis Padilla White por su contribución y apoyo ilimitado, para desarrollarme como profesional.

A mi esposa Rosa Eluvia Pérez de Contreras por su decidido apoyo y estímulo incondicional en los momentos más oportunos, en esta etapa de mi vida, para la culminación de los estudios de la Maestría.

A mis hijos Jazmín Mariajosé Contreras Pérez, Estuardo Benjamín Contreras, Estuardo Diego Josué Contreras Pérez, que me sirvieron como estímulo para superarme y que me vean como un ejemplo.

Al Dr. Jorge Luis De León por su apoyo como Asesor en la elaboración de esta tesis y como docente de la Maestría en Salud Pública.

A los compañeros de la cuarta cohorte de la Maestría en Salud Pública de la Universidad de San Carlos de Guatemala, por los momentos compartidos.

A todas aquellas personas que de una u otra forma, contribuyeron durante esta etapa de mi formación.

## ÍNDICE DE CONTENIDOS

	<b>Páginas</b>
RESUMEN	
INTRODUCCIÓN	1
ANTECEDENTES	3
OBJETIVOS	61
CAPÍTULO I MATERIAL Y MÉTODOS	62
CAPÍTULO II RESULTADOS	76
CAPÍTULO III DISCUSIÓN	88
CONCLUSIONES	102
RECOMENDACIONES	104
BIBLIOGRAFÍA	105
ANEXOS	110

## ÍNDICE DE CUADROS Y TABLAS

CUADRO 1	Distribución de casos por grupo etáreo	76
CUADRO 2	Frecuencia y lugar de procedencia	77
CUADRO 3	Distribución por accesibilidad geográfica	78
CUADRO 4	Distribución de casos, según grado de escolaridad	79
CUADRO 5	Distribución de casos, según analfabetismo	79
CUADRO 6	Distribución, según grupo étnico	80
CUADRO 7	Distribución, según paridad	80
CUADRO 8	Distribución de casos, según período ínter genésico	81
CUADRO 9	Distribución de casos, por diagnóstico	81
CUADRO 10	Distribución de casos, por control prenatal	82
TABLA 1	Asociación, según escolaridad	83
TABLA 2	Asociación, según etnia	83
TABLA 3	Asociación, según analfabetismo	84
TABLA 4	Asociación, según edad	84
TABLA 5	Asociación, según control prenatal	85
TABLA 6	Asociación, según hemorragia	85
TABLA 7	Asociación, según convulsión	86
TABLA 8	Asociación, según fiebre	86
TABLA 9	Asociación, según edad gestacional	87
TABLA 10	Asociación, según atención de parto	87

## INTRODUCCION

Muerte materna: se define como la muerte de una mujer durante el embarazo, parto o en los cuarenta y dos -42- días siguientes de la finalización del embarazo, independientemente de la duración y el lugar de éste y por cualquier causa asociada o agravada por éste o su manejo, pero no de causas accidentales o incidentales. (27)

En el municipio de Ixcán, Quiché, del año 1998 al 2003 han ocurrido 38 muertes maternas, por lo que representa a nivel nacional un grave problema de salud pública, con una razón en el año 2003 de 240 por 100,000 Nacidos Vivos (N.V.); si efectuamos un análisis comparativos con respecto de la razón de la línea basal del 2,000 ; que presentó una razón de 153 por 100,000 N. V. observamos que el riesgo que tiene la mujer embarazada de morir es altísimo en el municipio (8). Por lo tanto, es importante investigar y determinar los riesgos a los que se expone la mujer gestante, para luego, implementar acciones que se traduzcan en reducir la mortalidad en este grupo vulnerable.

Alrededor de 23,000 mujeres mueren cada año en América Latina y el Caribe; actualmente, Bolivia, Brasil, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Haití, Honduras, Nicaragua, Paraguay, Perú y la República Dominicana tienen las más altas cifras de mortalidad materna (13).

La mayoría de muertes maternas tienen lugar después del parto, generalmente, durante las 24 hrs. siguientes; aproximadamente, la cuarta parte ocurre durante el

embarazo; alrededor del 15 % en el parto; la causa más común es la hemorragia, se considera que ésta es una causa directa relacionada con el embarazo y el parto (30) (17).

En el municipio de Ixcán no se cuenta con información sobre factores de riesgo, asociados a las muertes maternas; por lo antes considerado, realicé el presente estudio, el cual tuvo como objetivo determinar la existencia de los mismos y con ello contar con información que ayudará a desarrollar intervenciones que se traduzcan en la disminución de este peligroso daño a la salud.

Se planteó realizar esta investigación de tipo analítico de casos y controles, partiendo de la identificación de los casos, se estableció la definición operacional de caso y se fijaron dos controles para cada caso, los cuales fueron pareados por edad reproductiva y muerte materna, determinándose los diferentes factores de riesgo.

## **Antecedentes**

### **1. Breve reseña histórica política**

La población de Ixcán, establecida en el Municipio del mismo nombre constituye un sector del país, que ha sufrido en mayor grado las consecuencias de la lucha armada, uno de los resultados más importantes, ha sido el desplazamiento de miles de personas, huyendo de la persecución del miedo y terror por la situación que se vivía, terminando como refugiados en México y otros lugares para luego, con la intervención de Instituciones Internacionales, iniciar un proceso de retorno y de pacificación que aún continúa. (1)

El Municipio de Ixcán es uno de los 21 municipios integrantes del Departamento de Quiché, recién adquirió, su condición de Municipio el 21 de agosto de 1985, a través del Acuerdo Gubernativo No 722-85. (1)

En esta ligera reseña histórica, sólo nos ocuparemos de la etapa contemporánea, cuyos hechos permitirán visualizar los problemas actuales que requiere urgente solución. En 1964, se inició un proceso de colonización hacia Ixcán, con lo cual llegaron campesinos sin tierra, procedentes del altiplano, tuvieron acceso a una parcela para cultivar y un lote para construir su vivienda, lo que les permitió establecer una agricultura de subsistencia precaria pero permanente, reemplazando de este modo trabajo estacional en las fincas de la Costa del Pacífico, en el Sur del país. Inicialmente, llegaron personas procedentes de Huehuetenango, pertenecientes a las etnias Canjobal, Chuj y Mam, posteriormente arribaron etnias como Quiché,

Cakchiquel, Kekchí, Rabinal Acchí y Pocomchí y, junto a ellas unos ladinos de otros departamentos. (1)

El proceso de la colonización fue promovido y apoyado por los sacerdotes de la orden Maryknoll que trabajan en Huehuetenango, apoyados, luego, por los gobiernos de turno.

La región alcanzó un desarrollo relativo, debido a los cultivos de cardamomo y café, considerándose a la zona, como un territorio virgen del País, sin embargo, en la década de los 80, el conflicto Interno originó la salida masiva de comunidades hacia México y otras partes del territorio nacional, abandonando sus tierras y viviendas, originándose, nuevamente, pauperización de la región; igual pasó con poblaciones de Huehuetenango, Peten, Chimaltenango y las Verapaces, pero Ixcán, fue una de las áreas más afectadas. (1)

A partir de 1986, se reconoció el derecho de recuperar la tierra, para aquellos que fueron afectados por los movimientos armados, y, es a partir de este momento cuando empieza el problema de tenencia entre antiguos propietarios y los nuevos adjudicatarios. En 1989, el Gobierno, anuló la disposición tomada por los Gobiernos anteriores, de declarar la tierra de refugiados en abandono voluntario y a pasar a manos del Estado; reconociéndose que el abandono no había sido voluntario. En 1990 mediante una resolución se devuelven 30,690 Has a los cooperativistas del Ixcán reunidos en la cooperativa Ixcán Grande R.L. Del periodo entre el 13 de enero de 1987 y el 31 de octubre de 1994, al Municipio de Ixcán retornaron 5,509 personas, siendo el repatriamiento más numeroso el del 20 de enero de 1993, en que retornaron 2471 personas, quienes se instalaron en el Polígono 14 del Municipio de Ixcán.

Actualmente, vienen trabajando en el Municipio de Ixcán numerosas instituciones, por el desarrollo de esta zona, desde 1985 es Municipio, con un Alcalde y 9 concejales ubicados en la cabecera municipal Playa Grande y 7 Micro Regiones con sus respectivos Comités de Desarrollo micro Regional, que integran alrededor de cientocuarentiuna comunidad. (1)

### **1.1 Localización, extensión y delimitación**

El Municipio de Ixcán forma parte del departamento de Quiché, localizándose en la parte norte occidental de la cabecera departamental y al Norte de la ciudad de Guatemala, con una altitud de 280 pies en promedio y su extensión de 1,575 Km<sup>2</sup>, que representa el 18.31% de la extensión departamental (8,600 km<sup>2</sup>). Sus límites son : por el Norte con Ocosingo, Chapas, México; al Este, con los municipios de Cobán y Chisec, del Departamento de Alta Verapaz, por el Oeste, con el Municipio de Santa Cruz Barillas del Departamento de Huehuetenango y por el sur con los Municipios de Chajul y Uspantán del Departamento de Quiché. La distancia de la Ciudad Capital de Guatemala a la cabecera del Municipio es de 374 Km. de los cuales 256 son asfaltados y 118 de terracería, actualmente en malas condiciones. Con una densidad demográfica de 45 habitantes por kilómetro cuadrado. (1)

### **1.2 Topografía y características del suelo:**

El Ixcán en su totalidad pertenece a la zona fisiográfica; tierras bajas de Petén – Caribe del Departamento del Quiché. El terreno del municipio de Ixcán, en su mayor parte es plano, con ondulaciones, embargo en muchas zonas existe ondulaciones pronunciadas, ocasionando fuertes pendientes. los suelos son muy pocos profundos. De textura muy deficiente, con erosión severa y drenaje destructivo. En la

clasificación por Capacidad productiva de la tierra, según el servicio de conservación de suelo del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos; estaríamos hablando de porcentajes mayoritarios de suelos pertenecientes a la clase V, VI, VII, y VIII, es decir suelos no cultivable, salvo para arroz , en áreas específicas, para pastos, bosques, cultivos perennes y parques nacionales, recreación y vida silvestre para protección de cuencas hidrográficas, con topografía quebrada y ondulada escarpada o con playones inundables. En cuanto a las cuencas hidrográficas, en Ixcán, las principales son las de los ríos: Ixcán, Xalbal, y Chixoy. (1)

### **1.3 Climatología:**

Ixcán pertenece al piso ecológico, bosque húmedo sub. tropical con clima cálido, su temperatura promedio anual es de 32° y una precipitación promedio anual de 2632mm de lluvia. Esas condiciones ambientales, permiten obtener 2 cosechas anuales de granos básicos, pero es una ventaja aparente, ya que la estructura del suelo resulta inadecuada para los cultivos de maíz y frijol, por cuanto una vez talado el bosque y roto el delicado equilibrio ecológico natural, la delgada capa de suelo fértil, es rápidamente lavada y erosionada, por las condiciones ambientales tan severas, arriba mencionadas. (1)

En la actualidad se cuenta con una población de 14,829 mujeres de edad fértil y para este año se estiman 3546 embarazos, (según conteo poblacional del 2003, 79929 habitantes). (2)

## **2. Antecedentes Históricos de indicadores de mortalidad materna en el municipio de Ixcán:**

A nivel nacional Ixcán es una de las áreas más afectadas con respecto a Mortalidad Materna, ya que según análisis los últimos seis años (1,998 – 2,003) se ha observado una sobre mortalidad materna, en comparación con la razón de mortalidad materna nacional, según memorias anuales de los años en mención (2, 3, 4, 5, 6,7) en 1,998 una razón de 279.85 X 100,000 Nacidos Vivos (N.V.); en 1,999 una razón de 256 X 100,000 N.V.; en el 2,000 una razón de 245.78 X 100,000 N.V.; en el 2,001 una razón de 273 X 100,000 N.V.; en el 2,002 una razón de 240 X 100,000 N.V. en el 2,003 una razón de 164.8 X 100,000 N.V.; si bien se observan que en los dos últimos años la razón de mortalidad materna a disminuido, pero no debido a la disminución de los factores de riesgos a los que enfrenta la mujer embarazada en el municipio, lo que hace esta variación en las razones observadas son los nacidos vivos, ya que cada año se observan más nacimientos por lo que la disminución propiamente dicho es a expensas del denominador (N.V.). De enero de 1,998 a diciembre del 2,003 han ocurrido 38 muertes maternas, por causas obstétricas directas, siendo la hemorragia la causante de la mayor parte de estas. (2, 3, 4, 5, 6, 7)

En el municipio de Ixcán no se cuenta con información sobre factores asociados a las muertes. Por lo que es necesario determinar la existencia de los mismos y con ello poder contar con información que ayudará a desarrollar intervenciones que se traduzcan en la disminución de este importante daño a la salud.

### **3. Antecedentes históricos de mortalidad materna en Guatemala:**

Hoy en día en Guatemala las mujeres mueren por causas relacionadas al embarazo, al parto y al puerperio; estas muertes revelan una serie de ideas y prácticas de subvaloración a la vida y a las decisiones de las mujeres. Por ello es importante enfrentar las limitaciones simbólicas, políticas, económicas y sociales que hacen que la muerte en estas mujeres sea considerada un evento natural e inevitable; ajeno a la voluntad de la familia, la comunidad, las municipalidades, las organizaciones locales e incluso a algunas instancias del Estado. En el año 2,000 murieron 651 mujeres por causas relacionadas con el embarazo, el parto y el puerperio, es decir casi dos mujeres murieron diariamente por causas maternas. Esta cifra representa una Razón de Mortalidad Materna (RMM) de 153 por cada 100,000 Nacidos Vivos (NV). La importancia y gravedad del problema quedaron establecidas en los resultados de la línea basal de la mortalidad materna del 2,000.(8) (9) Según la encuesta demográfica y de salud de 1,999 del Ministerio de Salud Pública, la razón de mortalidad materna asciende a casi 500 en algunos lugares, como San Miguel Chicaj y San Jerónimo, ambos de Baja Verapaz. (10)

Aunque la mortalidad materna afectó a mujeres de distintos estratos sociales y económicos, un número más elevado afectó a mujeres indígenas analfabetas, en departamentos con altos índices de pobreza y ruralidad (Alta Verapaz y Peten, (región norte); Sololá y Totonicapán, (región sudoeste); Huehuetenango, y El Quiché, (región noroeste); e Izabal (región noreste)), siendo el impacto de muerte materna tres veces superior en las mujeres indígenas. (8) (9) (11)

Las muertes maternas ocurrieron generalmente en un plazo de 24 horas después de la resolución del embarazo. Más de la mitad murieron en el hogar, cuatro de cada diez murieron en un servicio hospitalario; al momento del parto, 6 de cada 10 madres que fallecieron fueron atendidas por comadrona, por un familiar o por ellas mismas y 3 de cada 10 recibieron atención por un proveedor (a) de salud.

En nuestro país las muertes maternas todavía se deben a las mismas causas históricas. El 90% de las muertes maternas se debieron a causas obstétricas directas, siendo la hemorragia la responsable de la mitad de estas muertes. La infección, la hipertensión inducida por el embarazo y las complicaciones asociadas al aborto ocasionaron el resto de las muertes maternas. En Guatemala la cobertura de atención del parto por personal médico o de enfermería es de 41 %, siendo el 65.6% en el área urbana, mientras que en el área rural es de 29.5%; la cobertura de atención del parto en mujeres ladinas es de 57% y en mujeres indígenas es de 19.5% lo que evidencia una brecha importante. (La ENSMI utiliza el indicador “personal calificado” y lo define como personal médico (a) o enfermeras (os) lo cual es equivalente a “personal competente” pero no se cuenta con fuente de información sobre personal competente, por lo que se usa de forma provisional como un indicador aproximado). (8)

En cuanto a la necesidad insatisfecha de servicios de planificación familiar las mujeres indígenas y del área rural están en desventaja. La demanda insatisfecha (la proporción de mujeres que desean espaciar los embarazos y/o limitar la familia puede considerarse como indicador de la demanda potencial de servicios de planificación familiar, puede calcularse la necesidad insatisfecha de planificación familiar tanto para espaciar o limitar. Forman parte del grupo con necesidad insatisfecha para

limitar la familia aquellas mujeres embarazadas o amenorréicas cuyo último embarazo no fue deseado y mujeres fértiles que no están embarazadas o amenorréicas y que manifiestan no desear más hijos así mismo, forman parte del grupo de necesidad insatisfecha para espaciar embarazos, las mujeres actualmente embarazadas o amenorréicas cuyo último embarazo si fue deseado pero más tarde y las mujeres fértiles que no están ni embarazadas ni amenorréicas y que manifiestan que si desean más hijos pero prefieren esperar por lo menos dos años) de este servicio la mujer indígena es de 39.3%, mientras que para la mujer ladina es de 21.9%; en el área urbana la necesidad de servicios de planificación familiar no es cubierta en un 20.2%, y para el área rural la proporción no cubierta con este servicio es de 32.3%. En cuanto a la prevalencia de planificación familiar se encontraron brechas similares entre las poblaciones rurales y urbanas con un 56.7% de prevalencia en el área urbana y 34.7% en el área rural. Entre las mujeres indígenas la prevalencia de uso de anticonceptivos es de 23.8% y entre las mujeres ladinas de 52.8%.(8)

La mortalidad materna en Guatemala no es solamente una desventaja sanitaria, sino también es una desventaja social. Si bien las complicaciones que causan las muertes maternas durante el embarazo, parto o puerperio no puede prevenirse, las muertes maternas derivadas de estas complicaciones si son prevenibles. El reto es aumentar las posibilidades de atención de estas complicaciones a través de intervenciones dirigidas a extender la cobertura de atención obstétrica esencial (AOE), Ayudar a las mujeres y sus familias a reconocer los signos de peligro, promover la búsqueda de atención oportuna y calificada, facilitar el acceso a servicios que brinden una atención humanizada y de calidad. (8)

Guatemala está tomando una serie de medidas, que van desde la implementación de nuevas políticas de salud materna hasta ocuparse de la calidad de los servicios de salud para mujeres embarazadas y sus hijos recién nacidos, con el objetivo de reducir la cantidad de muertes e incapacidades relacionadas con las complicaciones del embarazo, el parto y puerperio. En el 2,000; 651 mujeres murieron por estas causas, y muchas otras más sufrieron lesiones. En otras palabras, en esta nación centroamericana de 12 millones de personas, en que la tasa global de fecundidad se estima en aproximadamente 5 niños por cada mujer, dos mujeres murieron cada día por causa relacionada con el embarazo.

Las estimaciones del informe titulado Línea Basal de Mortalidad Materna para el año 2,000 muestran que 153 mujeres mueren a causa de complicaciones relacionadas con la maternidad, por cada 100,000 nacimientos vivos. (8)

### **3.1 La situación de las mujeres hoy:**

Según se afirma en la Encuesta de Demografía y salud de Guatemala en 1,995, “la mortalidad materna es un indicador del daño extremo que algunas mujeres sufren durante la etapa reproductiva de sus vidas, la baja disponibilidad y baja calidad de los servicios de salud, las malas condiciones sociales, la desnutrición y las consecuencias de la marginalización de la posición social de las mujeres”. Estas mujeres mueren, por lo general, en sus casas, y tienen poco acceso a una atención de salud debidamente capacitada. La mortalidad materna afecta a las mujeres de todos los estratos sociales y económicos pero un número desproporcionadamente alto de las mujeres afectadas por esta cuestión viven en la pobreza, tienen poca educación y habitan en regiones rurales. (9)

En Guatemala, la mayor parte de las muertes maternas ocurren entre mujeres indígenas que tienen poca educación, mujeres que trabajan en sus casas y mujeres que tienen dos o más hijos.

Las mujeres indígenas son las que habitan en las condiciones de vida más precaria, las que tienen las tasas de fecundidad más altas, y el menor porcentaje de nacimientos asistidos por médicos o enfermeras. La razón de mortalidad materna para este grupo es tres veces mayor (211 muertes por cada 100,000 nacimientos) que para el grupo no indígena (70 por cada 100,000 nacimientos), Según el informe de la Línea Basal de Mortalidad Materna para el año 2,000. (9) (11)

### **3.2 Acciones gubernamentales tendientes a enfrentar la mortalidad materna:**

Con el objetivo de enfrentar estas cuestiones, el Congreso de Guatemala promulgó la Ley de Desarrollo Social en octubre de 2,001. Esta ley establece que las vidas y la salud de mujeres y niños son temas que corresponden a la esfera del bienestar público y que la maternidad saludable es una prioridad nacional. Esta ley llama a sí mismo a la creación de unidad de atención de la salud capaces de atender emergencias obstétricas en lugares estratégicos del país, especialmente en aquellos lugares en donde se observan las razones de mortalidad materna e infantil.

La política de desarrollo social y población creada para cumplir con esta ley tiene por objetivo alcanzar una reducción inicial del 15% en la razón de mortalidad materna. El organismo responsable de alcanzar este objetivo como también de lograr otros progresos en materia de salud -el programa nacional de salud reproductiva- ha colocado a la alta razón actual de mortalidad materna entre las cuestiones pendientes más importantes del país. Alcanzar este objetivo exige, sin embargo, una estrategia

que involucre no solo al sector social sino también a varios organismos locales e internacionales que ya se encuentran trabajando en el maternal Health Monitoring Group. (11)

Uno de los logros más recientes del programa nacional de salud reproductiva es el informe Línea Basal de Mortalidad Materna, llevado a cabo con agencias de la ONU, organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, y universidades locales que conforman el Maternal and Neonatal Health Monitoring Group. Este informe responde a la necesidad de establecer una línea basal real para poder medir el impacto de las distintas acciones que se llevan a cabo con el objetivo de reducir la mortalidad materna.

Las recomendaciones que han surgido de ese informe, y que se encuentran ahora en los “Lineamientos estratégicos para la reducción de la mortalidad Materna” tienen como objetivo coordinar los esfuerzos institucionales y sociales para ofrecer una respuesta integrada al problema de la mortalidad materna. Estos lineamientos tienen en cuenta las múltiples causas del problema, también las cuestiones de género étnicas, sociales y culturales que las mujeres deben enfrentar. (11)

El programa nacional de salud reproductiva a creado así mismo un manual que estandariza la provisión de servicios de salud para todos los niveles de atención. Este manual aborda la participación de la comunidad, la familia del usuario de esos servicios, e incorpora al concepto de salud reproductiva abarcativa. Esta publicación la complementan una serie de protocolos que tienen por objetivo “estandarizar los procedimientos básicos de diagnósticos y terapéuticos para permitir al personal

institucional que ofrezcan una atención eficiente y de calidad a aquellas personas que necesitan estos servicios”.

### **3.3 Apoyo proveniente del programa de salud materno neonatal:**

En Guatemala, el programa de Salud Materno Neonatal (SMN) apoya al gobierno en el fomento de prácticas y servicios que son vitales para la supervivencia de la madre y su recién nacido. Estas actividades tienen lugar en coordinación con el Health Quality Project, encabezado por la University Research Corporation y una serie de socios y cuentan con la asistencia técnica de la agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID). (11)

En el centro de la estrategia del SMN se encuentra un programa de acreditación para redes de servicios de salud materna y neonatal llamado CaliRed (por “red de Calidad”). Este programa se implementa a través de un enfoque de mejoramiento de la performance y la calidad con el objetivo de lograr la performance institucional e individual deseada. Este enfoque provee el marco y las herramientas necesarias para implementar medir y evaluar mejoras en aquellas instalaciones que proveen servicios esenciales de salud materna y neonatal. (11)

### **3.4 Estándares de calidad:**

El criterio utilizado para medir la calidad en redes de instalaciones (entre las que figuran puestos de salud, centro de salud, y hospitales de distrito) en la base del proceso de acreditación. Entre las dimensiones de calidad, definidas en torno a la comunidad, se encuentran las siguientes:

- Acceso a una instalación materna dentro de la comunidad;

- Tratamiento ofrecido a tiempo y de manera respetuosa;
- Respeto por las prácticas tradicionales y en el uso de lenguas indígenas
- Una instalación limpia y bien equipada; transporte; servicios gratuitos.

El primer paso consiste en utilizar estos criterios para obtener mediciones básicas de calidad de las instalaciones. Esta información se utiliza luego para establecer qué intervenciones son necesarias para asegurar que se implementen mejoras en las instalaciones en cuestión, con el objetivo de lograr la acreditación. Las mediciones se repiten en cada instalación cada 6 a 9 meses para tomar nota de las mejoras realizadas; si las instalaciones logran cumplir un porcentaje satisfactorio del criterio de calidad recibe una acreditación oficial que la designa instalación de calidad para la atención esencial materna y neonatal. Cuando un número suficiente de instalaciones dentro de un distrito determinado han alcanzado los estándares de calidad fijados, se otorga la acreditación a la red completa de servicios de salud de ese distrito.

Para diciembre del 2002, el proceso de acreditación estaba llevándose a cabo en 153 instalaciones de salud, dos hospitales, 41 centros de salud, y 125 puestos de salud en 143 instalaciones de salud, se introdujo el uso de nuevas prácticas clínicas en las áreas de parto posparto y atención neonatal, al tiempo que las escuelas de enfermería recibieron apoyo para la enseñanza con un nuevo énfasis en habilidades básicas. Así mismo, las distintas comunidades están recibiendo apoyo municipal para mejorar sus servicios obstétricos y neonatales de emergencia. (11)

El plan de Atención Nacional Postaborto, puesto en práctica desde 2001, por el centro de investigación en Salud reproductiva “CIESAR” constituye un canal adicional para reducir la mortalidad materna. CIESAR ha realizado así mismo un

estudio diagnóstico el primero de tres etapas en un enfoque estratégico desarrollado por la Organización Mundial de la Salud para mejorar tanto el acceso a los servicios básicos de salud sexual y reproductiva como la calidad de esos servicios. Esta primera etapa pone énfasis en lograr un diagnóstico estratégico de la situación actual y el planeamiento de acciones específicas. También se pone énfasis en desarrollar recomendaciones para cambiar o modificar políticas actuales de salud, programas e intervenciones, y para identificar necesidades de investigación. La segunda etapa pondrá énfasis en la investigación y la acción. Las recomendaciones más significativas desarrolladas durante la primera etapa serán examinadas y evaluadas para el diseño de intervenciones de salud. Durante la tercera etapa. Estas intervenciones serán replicadas y puestas en práctica en una escala mayor. (11)

#### **4. Situación actual de la mortalidad materna en América Latina y El Caribe:**

##### **4.1 Contexto epidemiológico y social:**

La mortalidad materna debida a complicaciones del embarazo y el parto es innecesariamente alta y aún constituye una tragedia en varios países de América Latina y el Caribe. Se calcula que la razón global de mortalidad materna en estos países es de 190 por 100,000 nacidos vivos, lo que representó en 1,995 unas 22 mil defunciones maternas. El embarazo y el parto no son enfermedades, pero las mujeres de América Latina y El Caribe todavía mueren de las mismas causas que las mujeres de los países industrializados a principios del siglo XX. Aunque la razón de mortalidad materna se ha estancado desde que la maternidad sin riesgo se convirtió en un tema primordial a finales de los años 80 y principios de los 90, la mortalidad materna es un tema de salud pública en el que se ha progresado poco en los últimos

tiempos, y sobre el que se pide a La Conferencia Sanitaria Panamericana que dé a la organización Panamericana de la Salud (OPS) un mandato claro. (12)

Ha aumentado considerablemente el conocimiento de las causas de la discapacidad y la muerte maternas y de las intervenciones apropiadas en entornos de escasos recursos. La historia indica que la clave para la reducción de la mortalidad materna no reside exclusivamente en el desarrollo socioeconómico general, si no también en ofrecer un tratamiento eficaz y accesible. Los resultados de investigación y la experiencia práctica demuestran que determinadas intervenciones de salud pueden reducir la incidencia y la gravedad de las principales complicaciones asociadas con el embarazo, el parto y el puerperio, tanto para las madres como para sus bebés. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) promueve actualmente un enfoque más centrado en intervenciones eficaces en razón de los costos como los cuidados obstétricos esenciales (COE), la asistencia del parto por personal calificado y el mejor acceso a servicios de atención de salud materna de calidad. (12)

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%), la septicemia (15%), las complicaciones del aborto (13%), la eclampsia (12%) y el parto obstruido (8%); al analizar las causas obstétricas directas (incluyendo el aborto) la hemorragia, las septicemia y la toxemia son las tres causas más comunes seguidas de las complicaciones del puerperio. (12)

Las mujeres con complicaciones obstétricas mueren generalmente en 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 maternas. 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, a veces, deficiente. (12)

#### **4.2 ¿En que partes de la región mueren las mujeres?**

Alrededor de 23,000 mujeres mueren cada año en América Latina y el Caribe por causas relacionadas con el embarazo. Como parte de sus diversas actividades en pro de la maternidad sin riesgo en las Américas la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha fomentado la implantación del sistema de atención obstétrica esencial en los once países latinoamericanos con mayores tasas de mortalidad materna (13) Haití, Bolivia, Perú, El Salvador, Nicaragua, Paraguay, Honduras, Guatemala, República Dominicana, Ecuador, Brasil. (12) (13)

La organización considera que la actitud y compromiso de quienes toman las decisiones políticas que determinan la situación de la salud de las personas familias y comunidades son fundamentales para asegurar que toda mujer tenga acceso a servicios de calidad, a la atención por personal capacitado, a no sufrir discriminación por razones de género, edad, condiciones económicas, raza o religión y para promover el marco legal que permita el ejercicio de los derechos reproductivos y la participación de toda la comunidad. (13)

Además de las más de 20 mil muertes por causas relacionadas con el embarazo, parto y puerperio en la región, el número de mujeres que padecen prolongadas secuelas de morbilidad con relación al embarazo es todavía más elevado. La probabilidad de morir durante el embarazo y el parto en América Latina y El Caribe es de uno en 150 durante la vida reproductiva de una mujer. (10) (13) y en Estados Unidos, dicha probabilidad es de 1 en 3,750 (10)

Las causas obstétricas directas de estos padecimientos coinciden con las observadas en otras partes del mundo: hemorragia (prenatal y puerperal), hipertensión inducida por el embarazo, sepsis, trabajo de parto prolongado, por parto obstruido y complicaciones relacionadas con el aborto. (13).

Los resultados de estudios cualitativos y cuantitativos relacionados en la región indican que los servicios de salud materna y neonatal son subutilizados debido a barreras culturales o físicas; a las percepciones por parte de la comunidad sobre la calidad y la capacidad resolutive de los servicios; a la falta de conocimiento y comprensión de los problemas que se producen durante el embarazo y que requieren atención sanitaria inmediata y a la influencia de complejos modelos de toma de decisión de las comunidades para tomar las medidas necesarias y oportunas. (13)

Las Américas presentan algunas de las mayores inequidades en mortalidad materna del mundo, por ejemplo en Canadá hay solo cuatro defunciones maternas por 100,000 nacidos vivos frente a 523 en Haití. Aún dentro de América Latina hay grandes disparidades. Chile presenta una razón de mortalidad materna de 23 por 100,000 nacidos vivos, frente a 390 en Bolivia. Los cálculos oficiales indican que las razones son inferiores a 100,000 nacidos vivos en Brasil, El Salvador y la República

Dominicana; sin embargo la subnotificación de las estadísticas oficiales es un grave motivo de preocupación. La OMA ha ajustado las razones de mortalidad materna para catorce 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 los 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 1,989 y 1,994 se contabilizaron hasta 973 defunciones maternas por 100,000 nacidos vivos, frente a 36.1 en las zonas urbanas durante el mismo período. (12)

En América Latina y el Caribe la mortalidad general de su población había descendido en 1998. La mortalidad materna en cambio había aumentado en alguno de sus países. En 1,999; 50 mil niños y niñas de la región quedaron huérfanos por muertes relacionadas con el embarazo y el parto. Trágicas cifras en el Día Internacional de Acción por la Salud de la Mujer.(14)

En 1,988 como una manera de marcar el Día Internacional de Acción por la Salud de la Mujer, el 28 de mayo la Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe (RSMLAC) y la Red Mundial de Mujeres de Derechos reproductivos (RMMDR) lanzaban su primera campaña mundial para prevenir la morbilidad y mortalidad materna, que convocó entonces a centenares de grupos de todas las regiones. (14)

Sin embargo, 15 años después la RSMLAC decidió retomar el enfoque de 1,988: “Mortalidad materna un asunto de derechos humanos, una demanda de justicia social”. ¿Por qué? Porque las cifras muestran que la mortalidad materna aún no asido erradicada. Es más las latinoamericanas todavía mueren de las mismas causas por las que morían sus congéneres de los países industrializados a principios del siglo pasado.

Para tratarse de un hecho que se repite desde la aparición del ser humano sobre el planeta la muerte de más de medio millón de mujeres en el mundo anualmente antes, durante o después del parto -63 mujeres diariamente en la región- no puede sino reflejar inequidades históricas que se repiten en otros planos en la vida de las mujeres. (14)

“Resulta inaceptable que en el año 2,002 haya tantas mujeres que mueren en una situación tan esencial como es dar a luz” dijo la directora ejecutiva de UNICEF, Carol Bellamy “Sabemos cómo evitar la mayoría de estas muertes. Lo que ocurre es que en este asunto no se a producido el compromiso político necesario”.

En efecto, parece que el mito de las mujeres soportan más dolor –ya que sobrellevan algo tan doloroso como el parto “porque se trata de algo natural”-, también involucraría el mito de la no necesidad de cuidado.

Pero el número de muertes maternas es extraordinariamente alto en la región. La vigésima sexta Conferencia Sanitaria Panamericana, realizada en septiembre del 2,002, se refirió a una razón de mortalidad materna de 100 mujeres por 100,000 nacidos vivos. (14)

Otros datos salieron a la luz. En 1,998 por ejemplo, la mortalidad general había descendido en la región, pero la mortalidad materna no solo se había reducido sino que en algunos países había aumentado, de acuerdo a informaciones de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). En 1,999 UNICEF señaló que “Al menos 50 mil niños y niñas quedan huérfanos en América Latina y el Caribe por muertes relacionadas con el embarazo y el parto”. También dio a conocer las siguientes cifras:

- 3, 240,000 de mujeres de la región no tienen control del embarazo.
- 3, 440,000 no recibe atención del parto en una institución de salud.
- 2,980,000 no tienen acceso a atención del parto por personal calificado.
- 25,000 mujeres mueren anualmente en la región por causas relacionadas con el embarazo y/o el parto.

En todo caso, hay una unanimidad en considerar que las estadísticas están prácticamente estacionarias particularmente desde 1,990 –más de una década-, ante un fenómeno evitable.(14)

La preocupación no es para menos, vivo reflejo de la desigualdad que se cierne sobre la mayoría de mujeres es el hecho de que en América Latina y el Caribe fallece una de cada 150 por causas relacionadas al embarazo, el parto o el aborto inseguro en comparación con Europa una entre 1,895 y Norte América una entre 3,750. (10)

En la región de las Américas en 1,993 fallecieron aproximadamente 20,000 mujeres como consecuencia del embarazo o sus complicaciones. En algunos países la

mortalidad materna notificada subestima hasta un 70% de la dimensión del problema; en la región de las Américas el subregistro de la mortalidad materna alcanza cifras que van desde 27% a 50%. Un estudio realizado en Cali sobre las muertes maternas ocurridas entre 1,985 y 1,994 informó un subregistro de 17.8% de los casos. (15)

#### **4.3 Situación actual de la mortalidad materna en Colombia:**

En Colombia la razón de mortalidad materna muestra una tendencia a disminuir, con una reducción del 35% en un período de 9 años; la razón por 100,000 nacidos vivos descendió de 119.8 en 1,986 a 78.2 en 1,994. Este indicador a debido bajar a un más según el grado de desarrollo del país. Existen diferencias en el comportamiento de este indicador entre las diferentes regiones y grupos de población. En el valle del cauca se observa una tendencia al aumento de la razón de mortalidad materna por 100,000 nacidos vivos, la cual subió de 89 en 1,988 a 108 en 1,997. Este hallazgo lleva a reflexionar sobre el impacto de las acciones de promoción y de prevención, que se planearon y se ejecutaron durante los últimos 11 años y acerca de la situación social precaria de los grupos más vulnerables. Es posible también que los registros de mortalidad más verídicos haya producido al menos una parte del incremento. En Cali las razones de mortalidad materna por 100,000 nacidos vivos no presentan cambios substanciales durante los últimos 19 años entre 84 en 1,985 y 107.1 en 1,988. Estas cifras dan la impresión de un comportamiento estático de la mortalidad materna, a pesar de los adelantos tecnológicos alcanzados en la atención prenatal; lo cual sugiere que el componente sociocultural es igual o más determinante que los componentes biológicos y de servicios de salud en el desencadenamiento de estos eventos. (15)

(16)

#### **4.4 Situación actual de la mortalidad materna en México:**

La mortalidad materna en México se concentra entre la población que no tiene acceso a la seguridad social y en las áreas de mayor marginalidad.

En el año 2,001 se produjeron en México 1,707 defunciones por mortalidad materna esto quiere decir que cerca de cinco mujeres murieron debido a complicaciones en el embarazo, el parto o el puerperio ( es decir una razón de 4.53 por cada 10 mil nacidos vivos registrados). (17)

En el año 2,000 el 67.3% de las muertes maternas registradas se concentró en los estados del sur y sureste del país, donde un significativo número de habitantes carece de seguridad social, vive en condiciones de pobreza extrema en zonas rurales y es indígena.

Las conferencias internacionales de El Cairo y Beijing establecieron como meta en el año 2,000 reducir la razón de mortalidad materna a la mitad a la que había en 1,990. México no logró cumplir esa meta. Pasó de una razón de 5.4 a 4.69 (por 10 mil nacidos vivos registrados), sin alcanzar la razón de 2.7. En 1,999 algunos estados – entre otros Chiapas, Guerrero, Oaxaca, Tabasco y Vera Cruz- registraron niveles de mortalidad por encima del valor nacional de 1,990. (17)

A partir de diferentes estudios realizados en el país, se estima que existe un subregistro de la mortalidad materna del 40%, sobre todo en el caso de zonas marginadas o con población indígena.

El Programa Nacional de Salud 2,001- 2,006 establece que la mortalidad materna es un problema de salud pública, y la define como un indicador sectorial estratégico de

desempeño y resultado. Por su parte, el segundo Informe de Labores de la Secretaría de Salud considera que la salud materna constituye uno de los cinco problemas de la alta prioridad para el sector salud sin embargo, el informe salud: México 2,001. Información para la rendición de cuentas, publicado por la SSAE 2,002 no incluye el indicador de la mortalidad materna entre los cinco indicadores sobre los que se basa. Este hecho resulta alarmante porque refleja que el sector salud no considera las muertes maternas como un problema prioritario o que se contradice. (17)

Del total de las mujeres que murieron en México a causa de complicaciones durante el embarazo, el parto o el puerperio durante el año 2,000 el 65% no estaba asegurada el 26.3% era derecho habiente del IMSS y el 4.6% del ISSSTE. (17)

Alrededor de mil 300 mujeres, sobre todo rurales e indígenas, fallecen cada año en México por causas relacionadas con la mortalidad. Por cada muerte materna hay cerca de 30 mujeres que se salvan, pero quedan con lesiones irreversibles en su salud. Este tipo de muerte es “prematura e injustificada”; la mayor parte de las que pierden la vida tienen entre 35 y 39 años, cuando en países desarrollados casi nadie muere por ser madre. La mayoría de estas muertes se presentan entre el trabajo de parto y las 24 horas posteriores.

También fallecen en otros momentos: durante el aborto, hemorragia del embarazo, toxemia y complicaciones del puerperio, describe el documento Doscientas trece voces contra la muerte, mortalidad materna en las zonas indígenas, elaborado por la coordinadora Nacional de Mujeres Indígenas (CNMI) y la organización Kinal Antzetik.(18)

Cuando una mujer muere en su intento de ser madre, describe la investigación – derivada de los talleres realizados con indígenas, en julio de 2,002 y febrero 2,003- se han conjugado factores sociales, económicos, culturales y biológicos. Las ideas sobre la maternidad, embarazo y parto de cada grupo social, las relaciones y estructuras familiares, la posición de las mujeres en la familia, en la comunidad y ante las instituciones públicas, los recursos económicos, la distribución de los bienes y de las decisiones, los servicios, la distribución de los bienes y de las decisiones, los servicios de salud y públicos de las comunidades, juegan un papel clave en la preservación de la vida o la muerte de la madre.

El promedio de la vida de las mexicanas es de 78 años, pero entre las mujeres indígenas éste se reduce a 69 años, 40 por ciento de ellas cuando se embarazan y en período de lactancia, presentan anemia y desnutrición, lo cual aumenta la probabilidad de complicaciones durante el embarazo y el parto, los alumbramientos prematuros y el bajo peso en los recién nacidos; la razón de muerte materna triplica a la media nacional. (18) (19)

Un total de 213 indígenas que se expresan en 14 lenguas aportan su testimonio. Ellas que durante el embarazo, el parto o el puerperio han vivido dolencias, riesgos, enfermedades, carencias y dificultades que en algunos casos las han llevado a la muerte.

El subdirector de Atención Peri natal de la Secretaría de Salud Adrián Delgado, fue el encargado de escuchar los reclamos de las mujeres indígenas, quienes ya en un foro para reflexionar los resultados de la investigación, expresaron su descontento ante el optimismo de las autoridades: no hay traductores, impera la discriminación, hay

clínicas que no funcionan, los médicos son insensibles y cuando se emborrachan, hablan mal de las mujeres, las exhiben, cuentan a otros hombres “como están sus partes”, son rechazadas porque traen los pies enlodados y ensucian las sábanas del centro médico, no son atendidas a tiempo y por ello mueren, no hay forma de que una mujer se practique un aborto legal, “la descentralización ha sido un fracaso” y por todo ello, se quejaron, la maternidad, la maternidad “ni está siendo digna ni atendida”. (18) (19)

Las cifras y datos de los informes de las áreas de salud, comentó Gisela Espinosa Damián, investigadora de la UAM, encargada de la investigación, no reflejan la realidad de las mujeres indígenas porque además de que hay un subregistro de las muertes maternas, las autoridades sanitarias aseguran “que los mexicanos tienen acceso a los servicios de salud y los programas dirigidos a las zonas rurales alejadas, dispersas y pobres, donde habita la mayoría de los pueblos indios, incluyen atención al embarazo, al parto y al puerperio, si así fuera la maternidad sería un evento seguro y saludable para las indígenas”.

Las madres solteras tienen un riesgo más grande de morir que las casadas. Muchas abortan porque son golpeadas por sus compañeros. Poco son las indígenas que se adueñan de sus cuerpos, de su sexualidad y de sus maternidades. (18) (19)

Enfrentan indígenas hasta casi seis veces más riesgo de muerte materna; fallecen antes de llegar a la mitad de su vida potencial; el riesgo de morir por causas relacionadas con la maternidad en zonas indígenas llega a ser más de cinco veces mayor que en el resto del país. (19)

En México la situación es considerada como grave, dado que las razones de mortalidad materna se han visto insensiblemente modificadas en los últimos 10 años, aún con los compromisos establecidos por parte del gobierno, a nivel internacional la meta planteada de reducir en un 50% la razón de mortalidad registrada en 1,990 de 5.4 a 2.7 por 10,000 nacidos vivo, para el año 2,000 no se pudo cumplir. La tasa actual es de 4.7, es decir solo hubo una reducción del 13%, esto se traduce en que alrededor de 4 mujeres mueren diariamente por causas asociadas a la maternidad. (20)

Las principales causas de muerte materna continúan siendo: la Preeclampsia las infecciones, hemorragias y el aborto. Todas estas prevenibles, de resolución hacia la curación; si son atendidas de manera oportuna y adecuada.

Varios estudios de investigación en México así como las estadísticas oficiales han documentado los Estados de la República con más alta tasa de mortalidad, llama la atención que el Distrito Federal se encuentra entre los primeros 10 estados con una razón de 6.6 para 1,998 y de 5.7 para el 2,001, razón que se encuentra arriba de la media nacional; siendo que es en la ciudad de México donde se concentra la mayor cantidad de servicios de salud. (20)

Para 1,998 se dieron 126 muertes maternas y 110 para 1,999, siendo mujeres entre 25 a 34 años, 70% de escolaridad mínima de secundaria, la mayoría fue atendida en los hospitales que atienden a la población abierta y las razones mayores se ubicaron en las jurisdicciones sanitarias de Gustavo A. Madero, Magdalena Contreras e Iztacalco. Para los años 2,000 y 2,001 las defunciones fueron de 96 y 100 respectivamente correspondiendo a razones de 5.3 y 5.7. Presentándose estos fallecimientos en el

IMSS, SSAF, SSDF principalmente en las delegaciones políticas de Tlahuac, Miguel Hidalgo, Magdalena Contreras, Iztapalapa. (20)

Mujeres casadas y en unión libre conforman el 77% de las fallecidas y lo más significativo en el perfil de estas mujeres, y que las diferencias de las mujeres de otras entidades federativas, -especialmente de las del sur y sureste-, nuevamente es el grado de escolaridad.

Sesenta mujeres de las 96 fallecidas contaban con secundaria completa, preparatoria y nivel profesional, lo que nos obliga a repensarnos de manera diferente los factores que interfieren en la mortalidad materna en el Distrito Federal; en donde se cuentan con 210 centros de salud, 7 hospitales materno infantiles dependientes del Distrito Federal, así mismo como toda la red de hospitales de dominio federal (IMSS, ISSSTE, SEDENA, SSA, HOSPITALES PRIVADOS). (20)

Si bien para el 2,002 las muertes maternas en el Distrito Federal descendieron a 65 embarazadas, los hospitales que pertenecen a la Secretaría de Salud tanto federal como del Distrito Federal aumentaron sus porcentajes en ocurrencia de fallecimientos de 40% en el año 2,000, el 52% en el 2,002 en cambio es notoria la disminución de la mortalidad materna tanto en el IMSS como en el ISSSTE, en un 50%. Del año 2,000 al 2,002.

En cuanto a la edad, el mayor porcentaje, 66% se mantienen en el rango de 20 a 34 años en mujeres casadas y en unión libre, amas de casa; manteniéndose la constante de la alta escolaridad de estas mujeres, ya que entre secundaria licenciatura y profesionales se acumula nuevamente el 70% de los fallecimientos. (20)

Los estudios a nivel nacional revelan que el perfil de las mujeres fallecidas por causas relacionados con el embarazo son predominantemente de bajos recursos económicos, en alta marginalidad, baja escolaridad, poco accesos a los servicios de salud con escaso o nulo conocimientos de sus derechos reproductivos.(20)

En el caso del Distrito Federal el perfil es de mujeres de bajos recursos económicos, en alta marginabilidad, con poco acceso a los servicios de salud, poca confianza en estos, con insistencia importante a la consulta prenatal, por lo tanto el alto grado de escolaridad no las examina posiblemente detener un acceso o nulo conocimiento de sus derechos reproductivos, y que las unifica en relación a las de otras entidades federativas en cuanto a las inequidades de género. (20)

Un factor de riesgo no tomado en cuenta por el sector salud es el relacionado con la esfera emocional en este aspecto de 1,998 al 2,000 la Red por la Salud de las mujeres del Distrito Federal, implementó la instalación de puestos ambulantes de salud dirigidos a embarazadas en algunas zonas de la ciudad de México, dicha actividad formaba parte del Proyecto la Salud Sexual y reproductiva en el Distrito Federal.

En las encuestas aplicadas a las embarazadas existe un apartado en donde se explora la esfera emocional durante el proceso de la gestación, el universo de embarazadas atendidas fue de 1,567, revelando la encuesta que el 48% de las mujeres presentaban miedo, depresión o tristeza, 17% vivían con temor a vivir violencia intrafamiliar, 20% expresaban soledad y un 11% presentaron dudas sobre seguir con el embarazo; es decir casi la mitad de las embarazadas enfrentaba problemas de tipo emocional. (20)

Dado el poco tiempo que se dispone para una consulta prenatal, difícilmente las y los proveedores de los servicios conceden importancia a estos aspectos, dado que el

modelo médico biologicista bajo el cual actual no considera la esfera emocional como parte importante de la salud integral de sus usuarios; además de no encontrarse en la mayoría de los casos capacitadas/os para brindar un apoyo en este sentido. (20)

En el análisis de las diversas causales de la mortalidad materna, se habla del concepto de las demoras en el proceso de atención al momento del parto.

Ante eventualidades en este proceso la primera demora que se puede dar es tomar la decisión y acercarse oportunamente a un servicio de salud para ser atendida, la segunda, puede estar dada por la dificultad para transportarse al lugar de la atención, y la tercera demora está dada en relación a la atención adecuada, eficaz y pronta de los servicios de salud a donde ha llegado la embarazada. (20)

En el caso del Distrito Federal se puede considerar que la relacionada con la calidad de la atención en los servicios de salud juega un papel primordial en el éxito del evento obstétrico, volviéndose motivo de gran preocupación por parte de la población; ejemplo de esto es la falta de confianza en la calidad de los servicios (teniendo en cuenta que aproximadamente el 30% de las embarazadas – a nivel nacional- no acuden a los controles prenatales), el aumento de fallecimiento en fines de semana por falta de personal o personal no calificado, la falta de recursos técnicos y humanos de los servicios de salud, que no crean las condiciones adecuadas para un buen desempeño profesional, entre otros.

Pareciera que en Distrito Federal una mayor cobertura de servicios materno infantiles no soluciona el que las mujeres accedan a estos lo que falta entre otras cosas también, es acercar los conocimientos de los actores directos en la atención del embarazo, el parto y el puerperio es decir a las/os proveedoras de la salud y a las embarazadas,

estos es ampliar la cobertura cultural, como lo llama la doctora Maricarmen Elu, acercar las dos visiones y establecer una relación horizontal de respeto a ambos saberes en beneficio de la salud de las mujeres. (20)

En los últimos diez a quince años ha aumentado significativamente la preocupación de diversos sectores sociales en México por el fenómeno del embarazo adolescente, lo cual se ha traducido en políticas y programas – de población de salud, de educación, sociales – en los cuales tienden a invertirse recursos humanos y económicos crecientes. (21)

En el ensayo de Stern se refiere predominantemente al embarazo adolescente como un problema social o público, esto es en cuanto atañe a la sociedad en su conjunto y no solamente a las personas y familias involucradas. (21)

Por otra parte, no pretendió desmentir que este fenómeno da lugar a problemas que deben ser enfrentados y atendidos sino hacer una reflexión más profunda acerca de la verdadera naturaleza del mismo, sobre la manera como se lo investiga y como se actúa al respecto. (21)

Argumentos que se esgrimen para definir al embarazo adolescente como problema menciona cuatro elementos: a) su supuesto incremento, b) su contribución al crecimiento acelerado de la población; c) sus efectos adversos sobre la salud de la madre y del niño; y d) su supuesta contribución a la persistencia de la pobreza.

Se dice que el número de embarazos adolescentes está aumentando de manera considerable, y que alcanza grandes cifras y altas proporciones (alrededor de 450,000 nacimientos anuales en los últimos lustros, equivalentes aproximadamente al 15% del

total), sin embargo, de acuerdo con el sentido común y con la evidencia disponible, no parece que sea más frecuente en México ahora que, digamos hace 50, 30 o 20 años, que las adolescentes se embaracen ( las de 15 a 19 años, que es el criterio más utilizado por quienes manejan estadísticas sociodemográficas en relación con la sexualidad y la salud reproductiva de los adolescentes). (21)

A pesar de que la evidencia es incompleta, porque no incluye los embarazos no llevados a término, un vistazo a la tasa específica de fecundidad de las mujeres del grupo de edad mencionada (el número de hijos nacidos vivos de las mujeres de dichas edades) muestra que, al contrario de lo que se dice, en México a disminuido la fecundidad de las adolescentes en los últimos lustros. Podría pensarse que el número de hijos nacidos vivos no constituye un buen indicador de los embarazos ocurridos, ya que una proporción de los mismos no llega a término y dicha proporción podría haber aumentado. No obstante, la evidencia existente para México no permite pensar que ello haya ocurrido en los últimos lustros. (21)

Otro de los argumentos que se aducen para considerar el embarazo adolescente como problema público se da desde el punto de vista demográfico, en términos de sus consecuencias para el crecimiento de la población. Se indica que el embarazo temprano tiende a llevar a la joven a procrear un mayor número de hijos y aun menor espaciamiento entre ellos, lo cual contribuye a elevar la fecundidad general y la tasa de crecimiento de la población. (21)

No hay duda de que el embarazo adolescente contribuye al crecimiento de la población y que en tanto lo haga de manera desmesurada, puede constituirse en un factor negativo para el bienestar presente o futuro de la sociedad y, por tanto,

definirse como un problema público legítimo. Empero, habría valorar su peso real en el crecimiento de la población, y circunscribirlo a ciertos sectores de la misma en los que el fenómeno se concentra: en los sectores más pobre de la sociedad, en los que, además la fecundidad tiende a ser elevada independientemente de la edad del primer embarazo. (21)

Empecemos por preguntarnos si hay razones para sostener que un embarazo entre los 15 y 19 años de edad deba constituirse necesariamente un riesgo para la salud de la madre y/o el niño. Contra lo que generalmente se piensa, no ocurre, así, ya que en condiciones adecuadas de nutrición, de salud, de atención prenatal, en un contexto social y familiar favorables, un embarazo y/o parto a los 16, 17,18 ó 19 años de edad no conlleva mayores riesgos de salud materna y neonatal que un embarazo y parto entre los 20 y 25 años. Es sólo a edades muy tempranas – menores de dos años post menarquia, o sea más o menos 14 años de edad – cuando se constituye en un riesgo en términos biológicos, 11, 12 y su frecuencia a dichas edades no tienen comparación con la cantidad de embarazos que ocurren entre los 16 y los 19 años. (21)

#### **4.5 Situación actual de la mortalidad materna en Argentina:**

La primera causa de mortalidad materna en la Argentina son las complicaciones que surgen después de un aborto porque las condiciones en que suele realizarse esa intervención suponen un alto riesgo “ un estudio demuestra que hay un aborto cada cuatro partos y que más de la mitad de las mujeres en edad fértil fallecen por sepsis o infección post abortiva” afirma el Dr. José Luis Marengo, jefe de terapia intensiva del hospital Lagomaggiore, de Mendoza “la causa de la muerte es en estos casos un

aborto provocado mal terminado que se infecta y compromete todo el organismo, agrega el especialista mendocino. (22)

Con los años –expresa el Dr. Marengo- fue disminuyendo la muerte durante el parto y el puerperio, pero aumento la mortalidad vinculada con el embarazo debido a las hemorragias e infecciones y con el aborto incompleto que luego de 24 horas de no atenderse de forma apropiada se infecta. De esta manera, las complicaciones post abortivas encabezan las causas de mortalidad materna, que expresa el riesgo de morir durante alguna circunstancia vinculada con el embarazo, el parto o el puerperio. El Dr. Marengo señala que “a veces el proceso infeccioso se localiza en la matriz y allí existen más posibilidades de tratamiento, pero como las mujeres suelen acercarse tardíamente para ser atendidas, generalmente por temor, ya ingresan con una infección diseminadas y son derivadas a la unidad de terapia intensiva con sepsis y malas posibilidades de sobre vida. Así, la sepsis post abortiva es la causa más frecuente de mortalidad entre las mujeres de edad gestacional”. (22)

Existen tres grandes causas de mortalidad materna en la argentina –agrega del Dr. Bernardo Maskin, jefe de la Unidad de Terapia Intensiva (UTI) de adultos del hospital Alejandro Posadas, de Haedo –las hemorragias, las infecciones (donde entra el aborto séptico) y la hipertensión vinculada con el embarazo”.

En cuanto al aborto no es común, si se realiza en forma apropiada, que infecte, pero una importante cantidad de mujeres ingresa en el hospital con abortos mal terminados, aunque esto no significa que todas sean derivadas a la UTI por casos graves de sepsis. (22)

La muerte post abortiva aparece inevitablemente ligada con el temor que aquellas mujeres que se han realizado un aborto tienen respecto de las posibles consecuencias sobre su acción. “muchas, aún moribundas, no niegan” afirma el Dr. Maskin. “Están asustadas y esperan en sus casas hasta que no aguantan más. Cuando llegan, están muy mal”. (22)

Según un trabajo publicado en abril de 2003 por el Centro de Estudios de Estados y Sociedad (cedes), el subregistro de muertes maternas en el país sería de alrededor del 50%, y esto “se debe a que, muchas veces, al registrarse un caso de muerte se ignora u omite el estado grávido de la mujer, y también a la ilegalidad del aborto, que induce a los profesionales a registrar muertes como consecuencias de otras causas, para evitar derivaciones penales.” El estudio de CEDES recopila además las causas de mortalidad materna. Luego de las complicaciones del aborto, continúan las sepsis, toxemia, trastornos hipertensivos, edema y proteinuria y hemorragias (pre y post parto). (22)

Las causas obstétricas directas – señala el documento- que se vinculan con el estado grávido puerperal y no con morbilidad existente, presenta el 90% del total (de la mortalidad materna), lo que indica que se trata de mujeres sanas que mueren por causas solo relacionadas con el hecho reproductivo. Como ocurre en otros países en desarrollo, también en la Argentina las complicaciones del embarazo, parto y puerperio son las principales causas de incapacidad y muerte entre las mujeres de 15 a 49 años.

El Dr. Marengo indica que en el hospital Lagomaggiore se producen anualmente unos 8,000 nacimientos. “Un trabajo que se realizó en 2,000 indicó que 84 pacientes obstétricas fueron derivadas a la UTI una cifra superior al promedio en países desarrollados. De éstas, la mitad ingresó por infecciones post abortivas y la mortalidad rondó el 30%.” (22)

El médico de Mendoza agregó que el 47% de los abortos incompletos atendidos en la unidad de ginecología del hospital correspondía a mujeres de 21 a 30 años, en tanto que el 30% se registraba en quienes tenían entre 31 y 40 y el 7% en señoras mayores de 40 años. (22)

En 2,000 se atendieron 1,436 abortos incompletos, el 60% de las pacientes tenían la primaria incompleta, casi el 70% no poseían ingresos propios y el 48% ya tenía hijos y al menos un aborto previo. La situación descrita por el jefe de la UTI del hospital posadas no es tan distinta. El promedio de edad es de 26 años –afirmó el Dr. Maskin– y el perfil social es el de una paciente múltipara, que aborta en el cuarto o quinto embarazo. (22)

El Dr. Marengo agregó que en aquellos países donde el aborto es legal la mortalidad es sensiblemente menor: 0.4 cada 100,000 abortos, en tanto que allí donde es una práctica clandestina la mortalidad asciende a 1 por igual proporción. (22)

#### **4.6 Situación actual de la mortalidad materna en Nicaragua:**

En el año 2,001 según el boletín epidemiológico de la semana 1 a la 20 las muertes maternas reportadas ocurrieron en áreas rurales del país en un 73%, lo cual deja de manifiesto que la inaccesibilidad geográfica a los servicios de salud es una de los grandes factores de riesgo en la mortalidad materna. Con respecto al lugar de

ocurrencia de la muerte materna; el 33% de las muertes ocurrieron en las Unidades de Salud Pública, de estas el 27% correspondían a hospitales Departamentales o de Referencia Nacional y el 6% a Unidades del nivel de atención; un 50% ocurrió en el domicilio y en la vía pública el 13%; se observa aumento en el número de muertes maternas que ocurren en las unidades de salud siendo uno de los factores causales la referencia tardía de las usuarias a las mismas, debido principalmente a la inaccesibilidad geográfica, así como factores económicos y culturales.(23)

Las causas obstétricas directas corresponden a la causa principal el 60%, de estas las retenciones placentarias ocupan el primer lugar con un 25%, seguidas de hipertensión gestacional con el 10.4%. Las obstétricas indirectas con un 27% y un 8% las no obstétricas. (23)

El acceso a las unidades de Salud en la zona rural requiere de un mayor esfuerzo dirigido a la promoción de los servicios de salud, a las visitas periódicas y permanentes a la comunidad y mejorar la calidad de la atención que recibe la usuaria de los prestadores de servicio. Lo anterior va a depender del mejoramiento de la atención durante una emergencia obstétrica, garantizando el equipamiento e insumos básicos, fortaleciendo el acceso a procedimientos quirúrgicos y establecimientos de mecanismos de articulación entre Hospitales y Centros de Salud, así como de una red de apoyo comunitario. (23) (24)

El grupo etáreo más afectado es el de 20 – 34 años con un 50%; corresponden a las edades extremas el 36%, representando las menores de 20 años el 32% y las mayores de 35 años el 4%. (23)

En Nicaragua aproximadamente el 50% de los partos son atendidos en los domicilios por parteras tradicionales y algún familiar. (25)

#### **4.7 Situación actual de la mortalidad materna en Perú:**

Perú es uno de los países latinoamericanos que presentan una sobre mortalidad materna. (12) (13)

Perú es uno de los países de la región con mayor número de abortos provocados. Se calcula que cinco de cada 100 peruanas entre los 15 y 49 años de edad, se provocan un aborto cada año. Se estima que en el mismo lapso de producen alrededor de 300 mil abortos inducidos, y una cifra similar de nacimientos no deseados. Esta realidad ha sido reconocida por el gobierno como un importante problema de salud pública. (26)

Según los especialistas, de las mujeres que se practican un aborto clandestino, tienen complicaciones un 69% de las rurales pobres, un 44% entre las urbanas de escasos recursos, y un 9% de las que tienen altos ingresos. Cerca de 65 mil mujeres son hospitalizadas cada año por complicaciones de aborto.(26)

El aborto inseguro genera un alto porcentaje de muertes maternas, afectando principalmente a las mujeres más pobres y jóvenes del país, por lo que se requiere de acciones urgentes, entre las cuales las organizaciones e instituciones identifican las siguientes:

- Generar datos fiables y comparables como base para desarrollar y evaluar políticas y programas.

- Asumir el compromiso político y destinar los recursos par impulsar en todos los hospitales del país la atención integral del aborto incompleto.
- Brindar educación y servicios especializados a las y los adolescentes.
- Poner al alcance de las mujeres la píldora anticonceptiva de emergencia (PAE) en los servicios de salud reproductiva y planificación familiar.
- Ofrecer atención integral a las mujeres víctimas de violencia sexual.
- Revisar la legislación punitiva contra las mujeres que abortan. (26)

#### **5. Situación actual de la mortalidad materna a nivel mundial:**

Casi 600,000 mujeres de edades comprendidas entre los 15 y 49 años mueren cada año en todo el mundo como consecuencia de complicaciones derivadas del embarazo y del parto. Lo trágico es que esas mujeres no mueren de enfermedad, sino durante el proceso de procreación normal que realza la vida. La mayor parte de esos fallecimientos se podría evitar si se adoptaran medidas preventivas y se proporcionara una asistencia adecuada. Por cada mujer que muere son muchas más las que sufren graves trastornos que pueden afectarlas para el resto de sus vidas. La mortalidad materna es un indicador de la disparidad y desigualdad que existe entre los hombres y las mujeres y su extensión es un indicio de lugar que ocupan las mujeres en la sociedad y de su acceso a servicios sociales de salud y nutrición y a posibilidades económicas. (27)

El mal estado de salud y la insuficiente nutrición de las mujeres y la falta de cuidado que contribuye a su fallecimiento durante el embarazo y el parto ponen así mismo en peligro y la salud de la supervivencia de los lactantes y los niños que dejan. Se

calcula que casi las dos terceras partes de los 8 millones de fallecimientos de lactantes que se producen cada año son en gran parte el resultado de un deficiente salud e higiene maternas, una asistencia inadecuada, un ineficiente tratamiento del parto y la falta de atención esencial al recién nacido. (27)

Cada minuto de cada día en algún lugar del mundo una mujer fallece a causa de complicaciones que surgen durante el embarazo y el parto. La mayor parte de estas muertes son evitables. El derecho de la vida es un derecho humano fundamental que entraña no solo el derecho a protección contra la ejecución arbitraria por el estado sino también las obligaciones de los gobiernos de promover las condiciones esenciales para la vida y la supervivencia. Los derechos humanos son universales y deben aplicarse sin discriminación por razón alguna, entre ellas el sexo. Para las mujeres los derechos humanos comprenden el acceso a servicios que garanticen un embarazo y un parto sin riesgo. (27)

Desde los años cuarenta las defunciones maternas se han vuelto cada vez más raras en los países desarrollados. Sin embargo, no cabe decir lo mismo de las zonas en desarrollo, en las que la persistencia de altos niveles de mortalidad materna es un síntoma de una falta de cumplimiento generalizada de los derechos humanos más fundamentales de las mujeres. Ese cumplimiento afecta más agudamente a los pobres, los desfavorecidos y las personas que carecen en absoluto de poder. Para más de medio millón de mujeres, la muerte es el último episodio de una larga historia de dolor y sufrimiento; otros millones de mujeres quedan lesionadas o discapacitadas muchas de ellas para el resto de sus vidas. El sufrimiento a menudo no se limita al puramente físico sino que afecta a la capacidad de la mujer de la mujer para asumir

sus responsabilidades sociales y económicas y participar en el desarrollo de sus comunidades. (27)

Cada año quedan embarazadas 210 millones de mujeres; unas 30 millones sufren complicaciones y 515,000 de estas mujeres mueren; 3 millones de bebés son mortinatos, otros 4 millones mueren en la primera semana de vida y millones de más sufren alguna discapacidad. Desde hace mucho tiempo se sabe que estas tragedias son en gran parte evitables. (28)

En muchos países en desarrollo las complicaciones del embarazo y el parto constituyen las principales causas de muerte entre las mujeres en edad reproductiva. Más de una mujer muere cada minuto debido a estas causas y un total de 600,000 mueren cada año (26) (28) menos de 1% de estas muertes ocurren en países desarrollados, lo que demuestra que esto pudiera evitarse si hubiera recursos y servicios disponibles. (29)

En los países menos desarrollados, más de medio millón de madres mueren anualmente por causas relacionadas con la creación de una nueva vida, y ello solo muestra parte de la gravedad del problema, ya que por cada mujer muerta, otras 30 sufren devastadores problemas de salud como daño en los órganos reproductivos o infertilidad. El 99% de estas muertes tienen lugar en las regiones menos desarrolladas, y la mayor parte se debe a insuficiente atención médica en el momento del parto. Es una situación trágica que no tiene porqué continuar. (30)

Además de la mortalidad materna, ocurren más de 50 millones de casos de problemas relacionados con la salud materna anualmente. Por lo menos 300 millones de mujeres, más de un cuarto del total de la población femenina de los países en

desarrollo actualmente sufren de enfermedades y lesiones de corto y largo plazo relacionadas con el embarazo y el parto. (29)

La mortalidad materna es un indicador de la salud de la mujer y una variable indicativa del desempeño de los sistemas de atención de salud. Varias conferencias internacionales, las más recientes de las cuales es la Cumbre del Milenio celebrada en 2000 ha incluido entre sus objetivos la reducción de la mortalidad materna. Sin embargo, el seguimiento de los progresos hacia esa meta ha sido problemático, pues la mortalidad materna es difícil de medir, especialmente en los países en desarrollo caracterizados por la precariedad de sus sistemas de información sanitaria y de registro civil. Esto ha despertado el interés por el uso de indicadores alternativos para vigilar los progresos. A nivel mundial se ha registrado una leve mejora de la cobertura de atención calificada al parto con un aumento promedio del 1.7 % anual durante el período 1989 – 1999. Los progresos han sido mayores en Asia, Oriente Medio y África Septentrional, con aumentos anuales de más del 2%. En el África Subsahariana, en cambio la cobertura se ha estancado. En general, las tasas de parto por cesárea se mantuvieron estables durante los años 90. Los países con las tasas más bajas de parto por cesárea – y con las mayores necesidades – fueron los que registraron la menor variación. Este análisis nos lleva a concluir que, aunque quizá hay motivos para ser optimistas respecto a las tendencias de la mortalidad materna en zonas del norte de África y en América Latina, Asia y Oriente Medio la situación en el África Subsahariana sigue siendo preocupante. (31)

### **5.1 Magnitud Regional De La Mortalidad Materna:**

Desde 1,987 se vienen realizando grandes esfuerzos para describir la magnitud y la etiología de la mortalidad materna. Se han utilizado los datos obtenidos para persuadir a las instancias normativas y a los donantes de que considera la maternidad sin riesgo como una prioridad de salud pública, partiendo de los datos de autopsias verbales e históricas clínicas hospitalarias, se ha estimado que aproximadamente el 25% de las muertes maternas se deben a hemorragias, el 15% a infecciones, el 12% a hipertensión gestacional y el 8% a partos obstruidos. Se piensa que el 13% se asocian a abortos mientras que el 28% se atribuyen a otras causas directas o indirectas, como el paludismo y la anemia. (32) (33)

Esta información se ha utilizado también para identificar medidas que puedan reducir eficazmente la mortalidad materna. Se ha prestado especial atención a la asistencia obstétrica de urgencia, porque los trastornos médicos a los que se atribuye la mayor parte de la mortalidad materna suelen acontecer durante el período perinatal y no es posible predecirlos con exactitud. (32)

Se han utilizado las historias verbales y los datos de los certificados de defunción para describir las causas de la mortalidad materna en los países en desarrollo. Las historias verbales, también denominadas autopsias verbales, se basan en hechos que fueron observados por familiares y miembros de la comunidad con escasos o nulos conocimientos médicos. Estas autopsias verbales se utilizan para identificar las causas médicas y sociales de los fallecimientos, y a menudo son la única información disponible acerca de la causa de las defunciones maternas cuando las mujeres dan a luz en casa. La OMS define la autopsia verbal como un proceso concebido para facilitar la identificación de las defunciones maternas cuando la certificación médica

es insuficiente – es decir, para distinguir las defunciones maternas de las que no lo son – mediante la reconstrucción de los eventos que rodean a los fallecimientos acaecidos en la comunidad. (32) (33)

Cualquier mujer puede tener complicaciones inesperadas e impredecibles durante el embarazo, el parto e inmediatamente después del parto. Aunque la atención de la salud accesible y de alta calidad ha hecho que la mortalidad materna sea un hecho esporádico en los países desarrollados, dichas complicaciones con frecuencia pueden resultar fatales en los países en desarrollo. (29)

Las mujeres corren riesgo de muerte o discapacidades cada vez que quedan embarazadas. Las mujeres en los países en desarrollo tienen que enfrentar este riesgo con mucha más frecuencia, ya que tienen más hijos que las mujeres de los países desarrollados. (29)

El riesgo de morir a que están expuestas las mujeres durante el embarazo y el parto por región a nivel mundial es la siguiente, (29) la mortalidad materna varía considerablemente en las distintas regiones del mundo, es baja en América Latina pero muy alta en África, en muchos países de este continente muere una madre debido a complicaciones del embarazo y el parto por cada 100 nacimientos vivos. (34)

- Todos los países en desarrollo 1 en 48.
- En África 1 en 16
- En Asia 1 en 65
- América Latina y El Caribe 1 en 150

- Todos los países en desarrollo 1 en 1,800
  - Europa 1 en 1,400
  - América del Norte 1 en 3,700 (29)
- (35)

Las diferencias entre los países son todavía más nobles: por ejemplo en Etiopía una de cada 9 mujeres mueren debido a las complicaciones del embarazo, comparado con Suiza con una muerte por cada 8,700 mujeres. ¿Por qué mueren las mujeres? la mayoría de las complicaciones maternas ocurren ya sea durante o poco después del parto. Aun así, muchas mujeres no reciben la atención esencial que su salud necesita durante estos períodos:

**Durante el Embarazo:** El porcentaje de mujeres que acude a recibir cuidado prenatal por lo menos una vez es 63% en África, 65% en Asia y 73% en América Latina y El Caribe sin embargo, a nivel de cada país el porcentaje de uso de estos servicios puede ser aún más bajo. En Nepal, por ejemplo solamente el 15% de las mujeres recibe cuidado prenatal. (29)

**Durante el Parto:** Cada año 60 millones de mujeres dan a luz con la ayuda de una partera tradicional no capacitada o la de un miembro de su familia o sin la ayuda de nadie. En los países en desarrollo casi la mitad de los partos ocurren sin la ayuda de una persona capacitada en la atención de atención de partos (tal como un médico o una partera). (29)

**Después del Parto:** La mayoría de las mujeres en los países en desarrollo no reciben atención postparto en los países y regiones muy pobres tan solo 5% recibe dicha atención.

## **5.2 ¿Por qué las mujeres no acuden a los servicios de salud?**

Entre los factores que impiden que las mujeres de los países en desarrollo reciban la atención vital que su salud necesita se encuentran:

- La distancia a los servicios de salud.
- El Costo (el precio de los servicios así como de transporte, medicamentos y suministros).
- Demanda excesiva del tiempo de la mujer.
- Falta de poder de decisión de la mujer dentro de la familia.

La baja calidad de estos servicios incluyendo un trato deficiente por la parte de los proveedores de la salud, hace que algunas mujeres sean renuentes a utilizar dichos servicios. (29)

¿Qué se puede hacer? Asegurar el acceso a los servicios de salud materna. La mayoría de las muertes maternas, muchos de los problemas de salud de la mujer, podrían prevenirse a través de:

- El tratamiento de urgencia para las complicaciones del embarazo, parto y postparto.
- La planificación familiar postparto y atención básica para el recién nacido. Dicha atención costaría aproximadamente 3 dólares estadounidenses por persona al año en países de pocos recursos. La sola atención materna básica por si sola puede costar como mínimo dos dólares estadounidenses por persona.

Mejorar la condición social de la mujer y crear conciencia de las consecuencias que se derivan de la salud materna precaria. Las familias y las comunidades deben

animar y ayudar a las mujeres a que reciban el cuidado debido durante el embarazo y el parto. (29)

## **6. Dimensiones del problema:**

### **6.1 Definición de Mortalidad Materna:**

Muerte materna se define como la muerte de una mujer durante el embarazo, parto, o en los cuarenta y dos días siguientes a la finalización del embarazo, independientemente de la duración y el lugar de este o su manejo, pero no de causas accidentales o incidentales.

Las defunciones maternas se subdividen en defunciones obstétricas directas e indirectas. Las defunciones obstétricas directas son las que más resultan de complicaciones obstétricas del embarazo, el parto o el período puerperal. Suelen deberse a una de cinco causas principales – hemorragia (normalmente se produce en el período puerperal), septicemia, eclampsia, parto obstruido y complicaciones de un aborto peligroso – así como a intervenciones, omisiones, tratamiento incorrecto o cualquiera de las circunstancias mencionadas. Las defunciones obstétricas indirectas tienen su origen en enfermedades anteriormente existentes o en enfermedades que surgen durante el embarazo (pero sin causas obstétricas directas) o que se agravaron por los efectos fisiológicos del embarazo; entre otros ejemplos de esas enfermedades cabe mencionar el paludismo, la anemia, VIH/SIDA y enfermedades cardiovasculares. (27)

### **6.2 Mediciones de la Mortalidad Materna:**

Existen tres principales mediciones de la mortalidad materna:

- La razón de la mortalidad materna: representa el riesgo que conlleva cada embarazo, es decir, el riesgo obstétrico. Se calcula como el número de defunciones maternas durante un año determinado por 100,000 nacidos vivos durante el mismo período. Aunque tradicionalmente se ha hecho referencia a esta medición como una tasa es en realidad una razón y actualmente los investigadores la suelen llamar así. (27)
- La tasa de mortalidad materna mide tanto el riesgo obstétrico como la frecuencia de que las mujeres están expuestas a ese riesgo. Se calcula como el número de defunciones maternas en un período dado por 100,000 mujeres de edad fecunda (normalmente de 15 a 49 años). (27)

Los términos “razón” y “tasa” se utilizan a menudo de manera intercambiable; en aras de la claridad es esencial, por lo tanto, especificar el denominador utilizado, al referir a algunas de esas mediciones de la mortalidad materna. (27)

- El riesgo de defunción materna durante todo el ciclo de vida tiene en cuenta la probabilidad de quedarse embarazada y la probabilidad de fallecer como resultado del embarazo acumulada a lo largo de los años fecundos de la mujer. (27)

### **6.3 ¿Dónde se producen las defunciones maternas?**

Las primeras estimaciones de la magnitud de la mortalidad materna en todo el mundo se efectuaron a finales de los años 80 señalaba que en todo el mundo unas 500,000 mujeres morían cada año por causas relacionadas con el embarazo. En 1,996 la OMS y el UNICEF revisaron las estimaciones correspondientes a 1,990 sobre la base del volumen creciente de información de que se había dispuesto estos últimos años. Estas nuevas estimaciones mostraba que la magnitud del problema era considerablemente mayor de lo que se había sospechado inicialmente y que cada año se producían cerca de 600,000 defunciones maternas (27), la inmensa mayoría de las cuales en los países en desarrollo. En los países desarrollados, la razón de mortalidad materna equivale a una media que gira en torno a 27 defunciones maternas por 100,000 nacidos vivos; en los países en desarrollo la razón es casi 20 veces mayor en situarse en 480 por 100,000, y puede llegar a ser de 1,000 por 100,000 en algunas regiones. (27)

La razón de mortalidad materna es una medición del riesgo obstétrico que afronta una mujer cada vez que queda embarazada. Cuando las mujeres tienen muchos embarazos, el riesgo de mortalidad materna aumenta. En algunos países en desarrollo una mujer de cada 12 muere debido a un problema relacionado con el embarazo en comparación con una de cada 4,000 en las regiones industrializadas. (27)

La discrepancia entre estas dos cifras presenta una de las diferencias más crudas y reveladoras del desarrollo. Refleja así mismo enormes diferencias en la responsabilidad asumida por los países no solo entre países desarrollados y países en

desarrollo sino también entre diferentes países en desarrollo, donde es mucho más amplia que las diferencias en la mortalidad de los lactantes o los niños pequeños. (27)

#### **6.4 Factores de riesgo:**

A nivel universal, alrededor del 80% de las defunciones maternas son el resultado directo de complicaciones surgidas durante el embarazo, el parto o el puerperio, la causa más común y única – que representa la cuarta parte de todas las defunciones maternas – es la hemorragia grave, que por lo general se produce después del parto. (12) (27)

**6.4.1 Hemorragia:** Especialmente la hemorragia puerperal, es impredecible, de aparición repentina y más peligrosa cuando una mujer es anémica. En el plano mundial, alrededor del 25% de todas las defunciones maternas se deben a hemorragias. La pérdida de sangre puede causar rápidamente la muerte a falta de unos cuidados rápidos y adecuados para salvar la vida que incluye la administración de fármacos para combatir la hemorragia, masajes del útero para estimular las contracciones y una transfusión de sangre, de ser necesario. (27)

**6.4.2 Septicemia:** Que suele ser una consecuencia de una mala higiene durante el parto o de una enfermedad de transmisión sexual no tratada, representa aproximadamente el 15% de las defunciones maternas. Esas infecciones pueden evitarse con eficacia mediante un meticuloso cuidado para realizar un parto en condiciones higiénicas y mediante la detección y tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual durante el embarazo. Con una atención puerperal sistemática será posible detectar rápidamente la infección y proceder a su tratamiento por medio de antibióticos adecuados. (27)

**6.4.3 Trastornos hipertensivos del embarazo:** Particularmente eclampsia (convulsiones) son las causas de aproximadamente el 12% de todas las defunciones maternas. Las defunciones causadas por trastornos hipertensivos se pueden evitar mediante una vigilancia meticulosa durante el embarazo y el tratamiento con fármacos anticonvulsivos relativamente sencillos (por ejemplo sulfato de magnesio) en casos de eclampsia. (27) Los riesgos médicos asociados al embarazo en las madres adolescentes, tales como la patología hipertensiva determinan elevación de la morbimortalidad materna. Es importante destacar que la mayoría de las adolescentes embarazadas son primigestas del 73% al 93 %, el primer embarazo plantea riesgos específicos que se suman a los derivados de la inmadurez fisiológica en la adolescente embarazada por lo tanto la eclampsia o la hipertensión inducida por la gestación, es más frecuente en embarazadas jóvenes, de bajo nivel socioeconómico y en el primer embarazo, condiciones que reúnen con frecuencia la adolescente embarazada. (35)

**6.4.4 Los partos prolongados u obstruidos:** Representan alrededor del 8% de las defunciones maternas. Ello se debe a menudo a una desproporción céfalo pélvica (cuando la cabeza del lactante no puede pasar a través de la pelvis materna) o por su colocación anormal (cuando el feto está incorrectamente situado para pasar a través del cuello del útero). La desproporción es más común cuando la malnutrición es endémica, especialmente en poblaciones con diversas tradiciones y tabúes con respecto al régimen alimentario de las muchachas y las mujeres. En peor cuando las muchachas se casan jóvenes y se espera que demuestren su fecundidad a menudo antes de que se hayan desarrollado plenamente. (27)

Los partos de las adolescentes se complican con más frecuencia por parto obstruido u otros problemas lo cual puede desembocar en la muerte de la madre del hijo o de ambos, u ocasionar infertilidad. Los hijos de madres adolescentes tienen más probabilidades de nacer prematuramente o con un peso inferior al normal y de padecer retraso del crecimiento fetal. (36)

**6.4.5 Complicaciones de un aborto peligroso:** Son la causa de una proporción sustancial (13%) de defunciones maternas. En algunas partes del mundo, la tercera parte o más de las defunciones maternas están relacionadas con abortos peligrosos estos fallecimientos pueden evitarse si las mujeres tienen acceso a información y servicios de planificación familiar, atención sanitaria de producirse complicaciones relacionadas con el aborto y, cuando el aborto no está prohibido por la ley, la prestación de asistencia para un aborto sin riesgo. Aproximadamente el 20% de las defunciones maternas son el resultado de circunstancias preexistentes que se agravan con el embarazo o su tratamiento. Una de las causas indirectas más importantes de defunción es la anemia, la cual, además de producir la muerte por paro cardiovascular, se cree que es también el motivo de una proporción considerable de fallecimientos directos (particularmente los debidos a hemorragias y septicemia) otras causas indirectas importantes de muerte son el paludismo, la hepatitis, las enfermedades cardiovasculares y cada vez más en ciertos entornos, VIH/SIDA. Muchas de estas afecciones son contraindicaciones relativas o absolutas con respecto al embarazo. Es preciso informar a las mujeres de estos problemas para que puedan evitar otros embarazos mientras se tratan las afecciones. (27) La primera causa de mortalidad materna en la Argentina son las complicaciones que surgen después de un

aborto porque las condiciones en que suele realizarse esa intervención suponen un alto riesgo “un estudio demuestra que hay un aborto cada cuatro partos y que más de la mitad de las mujeres en edad fértil fallecen por sepsis o infección post abortiva” afirma el Dr. José Luis Marengo. (22)

El Dr. Marengo agregó que en aquellos países donde el aborto es legal la mortalidad es sensiblemente menor: 0.4 cada 100,000 abortos, en tanto que allí donde es una práctica clandestina la mortalidad asciende a 1 por igual proporción. (22) Basándose en las mediciones desarrolladas en el Instituto Allan Gutmacher, se calcula que en el año 1,997 se habría producido 324,000 abortos. Relacionando esta cifra con los nacidos vivos se estima que ocurren 46 abortos por cada 100 nacidos vivos. Se calcula que del total de embarazos producidos, un 60% serían embarazos no deseados; de ellos la mitad daría lugar a nacimientos no deseados y la otra mitad terminaría en aborto inducido. (38) Comenta Gisela Espinosa Damián investigadora de la UNAM las madres solteras tienen un riesgo más grande de morir que las casadas. Muchas abortan porque son golpeadas por sus compañeros. Poco son las indígenas que se adueñan de sus cuerpos, de su sexualidad y de sus maternidades. (18)(19)

#### **6.4.6 Condición sociodemográfica:**

La baja posición social y económica de las muchachas y las mujeres es una causa determinante fundamental de la mortalidad materna en muchos países. La baja posición limita el acceso de las muchachas y las mujeres a la educación y a una

nutrición correcta, así como a los recursos económicos necesarios para pagar los servicios de atención sanitaria o de planificación familiar. (27).

Los factores que subyacen a las causas directas de las defunciones maternas intervienen a diversos niveles. La baja situación social de las mujeres en los países en desarrollo limita su acceso a los recursos económicos y a la educación básica y en consecuencia, su capacidad para adoptar decisiones con respecto a su salud y nutrición. A algunas mujeres se les niega el acceso a la asistencia sanitaria cuando la necesiten debido a prácticas culturales de reclusión o a que la adopción de decisiones incumbe a otros miembros de la familia. La falta de acceso y utilización de servicios obstétricos esenciales es un factor trascendental que contribuye a la elevada mortalidad materna. La falta de poder de decisión y de otras posibilidades relega a muchas mujeres a una vida de embarazos repetidos. El esfuerzo físico excesivo unido a un mal régimen alimenticio contribuye asimismo a los malos desenlaces maternos. (27)

La mortalidad materna en México se concentra entre la población que no tiene acceso a la seguridad social y en las áreas de mayor marginalidad. En el año 2,000 el 67% se concentró en los estados del sur y sureste del país donde un significativo número de habitantes carece de seguro social, vive en condiciones de pobreza extrema en zonas rurales y es indígena. (17)

Las jóvenes con bajos niveles de logros educacionales y económicos a menudo tienen una capacidad limitada y poca motivación para regular su fecundidad, lo que da por resultado tasas mas elevadas de embarazo precoz. El círculo vicioso se refuerza

puesto que las jóvenes que asisten a la escuela se ven obligadas a suspender su educación cuando se embarazan, lo cual limita muchísimo sus oportunidades económicas. Las jóvenes con niveles más altos de instrucción tienen más probabilidades de posponer el matrimonio y la procreación. (36)

Las adolescentes con cierta educación secundaria tienen aproximadamente un tercio de probabilidades de tener un hijo comparadas con las que reciben menos educación. En Colombia 46% de las jóvenes con menos de 7 años de escolaridad tienen su primer hijo a los 20 años de edad, por comparación con 19% de las mujeres con 7 o más años de educación. En Guatemala las tasas de natalidad de las adolescentes son las más altas en las que no acudieron a la escuela. Las adolescentes que posponen la procreación tienen 5 veces más probabilidades de terminar su educación secundaria que aquellas que no posponen el nacimiento de su primer hijo hasta tener por lo menos 20 años. El porcentaje de adolescentes que habían tenido un hijo o se habían embarazado alcanzó el nivel más alto en las que nunca asistieron a la escuela 37% y fue más alto entre las indígenas que entre las ladinas 26% frente a 29% sucesivamente. (36)

Alrededor de mil 300 mujeres, sobre todo rurales e indígenas, fallecen cada año en México por causas relacionadas con la mortalidad materna. Por cada muerte materna hay cerca de 30 mujeres que se salvan, pero quedan con lesiones irreversibles en su salud. Este tipo de muerte es “prematura e injustificada”; la mayor parte de las que pierden la vida tienen entre 35 y 39 años, cuando en países desarrollados casi nadie muere por ser madre. La mayoría de estas muertes se presentan entre el trabajo de parto y las 24 horas posteriores. (18)

Las condiciones sociales de las mujeres en los países en vías de desarrollo es un factor fundamental que determina la mortalidad materna; cuando el nivel socioeconómico es bajo, las mujeres tienen a los recursos materiales y a la educación básica, eso imposibilita tomar decisiones con información certera sobre la maternidad, salud y nutrición. Una nutrición inadecuada antes y durante el embarazo contribuye a la mala salud, problemas obstétricos, y morbimortalidad en las mujeres y sus bebés (UNICEF, 1999). (39) Existen grandes variaciones en la incidencia de la mortalidad materna, en Lima la razón es de 129 por 100,000, en la región José Carlos Mariátegui es de 581 por 100 mil nacidos vivos. La mortalidad materna en el área rural duplica la del área urbana y es 10 veces mayor en las mujeres sin educación, comparada a las que han alcanzado educación superior. (38)

Rene Ramos Cordero, presidente de la Federación Latinoamericana de Sociedad de Obstetricia y Ginecología, destacó que la mayor incidencia de mortalidad materna se da en los países menos desarrollados, con más pobreza y donde las mujeres tienen menor índice cultural y poder adquisitivo. Destacó que a nivel de la región, Cuba y Costa Rica son los países que menos mortalidad materna registran, debido a que tienen mayores índices de alfabetización y sus Ministerios de Salud tienen programas obligatorios para brindar una buena atención a la mujer embarazada y a los niños recién nacidos. La falta de educación sexual, el analfabetismo y la pobreza figuran entre las principales causas de mortalidad materna en el mundo. (40)

En Perú los mayores porcentajes de adolescentes que son madres o están embarazadas se presentan entre las mujeres sin educación 56% y entre aquellas que residen en la selva 31% y en el área rural 26%. (38)

#### **6.4.7 Embarazo en la adolescencia:**

La OMS define como adolescencia al período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio – económica y fija sus límites entre los 10 y 20 años. Es considerada como un periodo de la vida libre de problemas de salud pero, desde el punto de vista de los cuidados de la salud reproductiva, el adolescente es, en muchos aspectos, un caso especial. (41)

En muchos países, los adolescentes llegan a representar del 20 al 25% de su población. En 1,980 en el mundo habían 856 millones de adolescentes y se estima que en el 2,000 llegaran a 1,1 millones. La actividad sexual de los adolescentes va en aumento en todo el mundo, incrementando la incidencia de partos en mujeres menores de 20 años. (41)

Estados Unidos es el país industrializado con mayor tasa de embarazadas adolescentes, con una tasa estable del 11.1% en la década de los 80; Canadá, España, Francia, Reino Unido y Suecia, han presentado un acusado descenso de embarazos en adolescentes, coincidiendo con el aumento en el uso de los contraceptivos. Según el Ministerio de Sanidad y Consumo español, el 12% de las jóvenes con edades entre 14 y 15 años, han mantenido relaciones sexuales alguna vez, lo que significa 160,000 en números absolutos, previéndose que alcanzaran 400,000. Debe tomarse en cuenta , además de los nacimientos de madres adolescentes y el porcentaje de adolescentes sexualmente activas, los más de 6,000 abortos ocurridos en mujeres entre los 14 y 19 años por lo que, el supuesto descenso de la tasa de embarazadas adolescentes, no lo fue tanto. Solo 2/3 de los embarazos de adolescentes llegan al nacimiento de un hijo;

de los nacidos, un 4% son dados en adopción y un 50% permanecen en hogar de madre soltera. Un 8% de las adolescentes embarazadas abortan y un 33% permanece soltera durante el embarazo. (41)

En Perú los mayores porcentajes de adolescentes que son madres o están embarazadas se presentan entre las mujeres sin educación 56%, el 9% de las adolescentes tienen un hijo nacido vivo y el 2% dos hijos. Entre las mujeres de 19 años, una de cada 5 ya tienen un hijo y 6% de ellas tienen dos hijos. (38)

Aproximadamente 35 por ciento de las jóvenes latinoamericanas tienen su primer hijo antes de los 20 años. Según se calcula, las mujeres que comienzan la procreación cuando aún son adolescentes acaban teniendo dos o tres veces más hijos que las que retrasan el primer nacimiento hasta que tienen cuando menos veintitantos años. (36)

Veintiocho por ciento de las mujeres guatemaltecas tiene su primer hijo antes de los 18 años. Aproximadamente una de cada cinco jóvenes menores de 18 años en México y Bolivia han tenido ya un hijo. En Colombia, Guatemala y Paraguay, las mujeres actualmente tienen más probabilidades de tener un hijo durante la adolescencia, por comparación con lo que ocurría con las adolescentes en los años setenta. Las tasas de natalidad son más elevadas para las adolescentes que viven en las zonas rurales. En un estudio de nueve países de América Latina y El Caribe se observó que entre 40 y 60 por ciento de las mujeres rurales habían tenido su primer hijo antes de los 20 años, pro comparación con 25 a 36 por ciento de las mujeres urbanas. (36)

La procreación precoz puede poner en peligro tanto la vida de la madre como la del hijo. Las madres menores de 17 años de edad afrontan un mayor riesgo de

mortalidad materna porque su organismo no está lo bastante maduro para tener hijos. Puede ocurrir que estas jóvenes no conozcan los síntomas del embarazo o no deseen reconocer que están embarazadas lo cual demora la atención prenatal y pone en peligro la salud del hijo y la de la madre. (36)

Las razones de mortalidad materna son elevadas; en Paraguay el riesgo, que una adolescente embarazada tiene de morir es 52 veces más elevada que en los Estados Unidos. Casi 20% de las defunciones de mujeres adolescentes en Paraguay son imputables a complicaciones del embarazo o el parto. Las cifras correspondientes son de 13 % en Ecuador; 8.2% en República Dominicana; 7.2% en El Salvador. (36)

Las mujeres pobres, especialmente las adolescentes, tienden a buscar que se les practique abortos baratos, tardíos y en condiciones peligrosas. En Bolivia, Perú, Colombia y Venezuela – países donde el aborto es ilegal o está severamente restringido – un estudio de jóvenes que habían buscado someterse a un aborto descubrió que tenían un riesgo significativo de padecer complicaciones del aborto. En Chile y Argentina, donde el aborto está sometido a restricciones semejantes, más de la tercera parte de las defunciones maternas entre las adolescentes son consecuencia directa del aborto practicado en condiciones peligrosas. (36)

## **CAPITULO III**

### **OBJETIVOS**

#### **Objetivo General**

Determinar los factores de riesgo asociados a las muertes maternas, del municipio de Ixcán, El Quiché.

#### **Objetivos Específicos**

- 1.** Determinar si los factores reproductivos se asocian con mortalidad materna.
- 2.** Determinar si los factores socio – demográficos se asocian a mortalidad materna.
- 3.** Determinar si los factores obstétricos se asocian a mortalidad materna.

## **CAPÍTULO IV**

### **MATERIAL Y MÉTODOS**

#### **Tipo de estudio**

Retrospectivo Analítico de casos y Controles.

#### **Población de estudio**

Paciente fallecida por complicaciones obstétricas, durante el período del 01 de enero de 1,998 al 31 de diciembre del 2,003.

#### **Selección y tamaño de la muestra**

En esta investigación se incluyó el 100% (según datos del registro civil en este período existen 38 defunciones) de casos de mortalidad materna comprendidos del 01 de enero de 1,998 al 31 de diciembre del 2,003.

Se revisaron las actas de defunciones en el registro civil, a cada defunción se le asignó un número correlativo que se inició con 01. Los controles se tomaron al azar en las comunidades donde ocurrió muerte materna; por medio de una tabla de números aleatorios, siempre que cumplieran con los criterios de inclusión y exclusión. Para tal objetivo se revisaron las actas de nacimientos en el registro civil, seleccionando los nacimientos en las comunidades en las que se presentó mortalidad materna, y que fueron atendidos en la comunidad. Por cada caso de muerte materna se tomaron dos controles de mujeres que estuvieron embarazadas en el mismo año y mes (de preferencia) de la misma comunidad.

## **Unidad de análisis**

### **Objeto de estudio**

**Caso:** Muerte materna de 15 a 49 años, que falleció por cualquier circunstancia o complicación relacionada con el embarazo, parto o puerperio, que fue atendida en la comunidad, residente del municipio de Ixcán, del 01 de enero de 1,998 al 31 de diciembre del 2,003.

**Control:** Mujer embarazada de 15 a 49 años, que no presentó ningún tipo de complicación relacionada con el embarazo, parto, puerperio y llegó a feliz término su embarazo, que fue atendida en la misma comunidad del caso, en el mismo año y mes (de preferencia) o meses cercanos a la defunción, residente del municipio de Ixcán del 01 de enero de 1,998 al 31 de diciembre del 2,003.

### **Sujeto de estudio**

Excónyuge de la difunta que pudo dar información confiable sobre historial obstétrico, signos y síntomas o causa que origino la muerte de la mujer embarazada.

Familiar cercano que conoció a la fallecida y dio información confiable sobre historial obstétrico, signos y síntomas o causa que origino la muerte de la mujer embarazada.

Libros y actas de defunción del Registro Civil del Municipio de Ixcán.

### **Criterios de inclusión**

- Muerte materna que llene definición de caso.
- Si se encontrara una muerte materna por debajo de los 15 años, que falleció, en los años de estudio, que llene la definición de caso se tomará en cuenta, en el estudio.

- Si se encontrara una muerte materna por arriba de los 49 años, y que falleció, en los años de estudio, que llene la definición de caso se tomará en cuenta, en el estudio.
- Mujer que estuvo embarazada y que cumpla la definición de control.

### **Criterios de exclusión**

- Muerte materna que no llene la definición de caso.
- Mujer que estuvo embarazada que no llene la definición de control.
- Que excónyuge se niegue a dar información, sobre caso.
- Que no se contacte con el excónyuge de la difunta o cualquier otro familiar, que pueda dar información del caso, y que se desconozca en la actualidad lugar de residencia u origen, de estos.
- En caso de que cónyuge halla fallecido, y familiar no acepta colaborar para brindar la información.
- Mujeres embarazadas que al momento de su muerte residían fuera del municipio de Ixcán, y que fueron inscritas en el registro civil.
- Mujer que estuvo embarazada, que fuera seleccionada como control, y que no quiera participar en el estudio.
- Mujer que fue seleccionada para control pero, que el parto fue atendido fuera del municipio de Ixcán.
- No acceder a la comunidad o a la vivienda por serias dificultades de seguridad o de tránsito.
- No tener información precisa del lugar de residencia de la fallecida (caso).

- No tener información precisa del lugar de residencia, del control.

### **Variables estudiadas**

Variable dependiente:

- Muerte Materna

Variables Independientes:

Reproductivas:

- Paridad
- Período ínter genésico
- Número de partos previos
- Número de abortos previos
- Número de cesáreas previas

Sociodemográficos:

- Edad
- Grupo étnico
- Escolaridad
- Procedencia
- Ocupación
- Accesibilidad geográfica.
- Religión

Obstétricas:

- Control Prenatal
- Edad Gestacional
- Lugar de atención del parto

- Persona que atendió el parto
- Hemorragia
- Fiebre
- Convulsiones

### Operacionalizacion de variables

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Tipo de Variable	Escala de Medición
<b>Variable Dependiente</b>				
<b>Muerte Materna</b>	Muerte de una mujer durante el embarazo, parto o en los cuarenta y dos días siguientes a la finalización del embarazo independientemente de la duración y el lugar de este y por cualquier causa asociada o agravada por este o su manejo.	Caso Control Certificados de defunción Memorias Anuales	Cualitativa	Nominal
Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Tipo de Variable	Escala de Medición
<b>Variable Independiente</b>				
<b>Paridad</b>	Número de hijos vivos o muertos concebidos por una mujer.	Información proporcionada por excónyuge o familiar.  Información proporcionada por el Control de la investigación.  <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 0 hijos</li> <li>➤ 1 hijo</li> <li>➤ 2 hijos</li> <li>➤ 3 hijos</li> <li>➤ 4 hijos</li> <li>➤ 5 hijos</li> <li>➤ mas hijos</li> </ul>	Cuantitativa	Discreta
<b>Período inter. genésico</b>	Espacio de embarazo entre embarazo (meses, años).	Información proporcionada por el excónyuge o familiar.  Información proporcionada por el Control de la información.	Cuantitativa	Discreta

		<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ &lt; de 1 año</li> <li>➤ 1 año</li> <li>➤ &lt; de 2 años</li> <li>➤ &lt; de 3 años</li> <li>➤ &lt; de 4 años</li> <li>➤ &lt; de 5 años</li> <li>➤ mas de 5 años</li> </ul>		
<b>Partos previos</b>	Parto vía vaginal antes del último, producto vivo o muerto.	<p>Persona que informa ex cónyuge o familiar.</p> <p>Información proporcionada por el Control de la investigación.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 0 partos</li> <li>➤ 1 parto</li> <li>➤ 2 partos</li> <li>➤ 3 partos</li> <li>➤ 4 partos</li> <li>➤ 5 partos</li> <li>➤ 6 partos</li> <li>➤ 7 partos</li> <li>➤ 8 partos</li> <li>➤ 9 partos</li> <li>➤ 10 partos</li> <li>➤ mas de 10 partos</li> </ul>	Cuantitativa	Discreta
<b>Aborto</b>	Perdida del producto de la Concepción, antes de que sea viable.	<p>Persona que proporciona la información del Caso.</p> <p>Información proporcionada por el Control de la investigación.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 0 abortos</li> <li>➤ 1 aborto</li> <li>➤ 2 abortos</li> <li>➤ 3 abortos</li> <li>➤ 4 abortos</li> <li>➤ mas de 4 abortos</li> </ul>	cuantitativa	Discreta
<b>Cesárea</b>	Liberación del feto a través de incisiones realizadas en las paredes del abdomen y del útero.	<p>Persona que proporciona la información del Caso de la investigación</p> <p>Información proporcionada por el Control de la investigación.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 0 cesáreas</li> <li>➤ 1 cesárea</li> <li>➤ 2 cesáreas</li> <li>➤ 3 cesáreas</li> </ul>	Cuantitativa	Discreta
<b>Edad</b>	Tiempo transcurrido de una persona desde el nacimiento hasta su muerte, o al momento de la entrevista.	<p>Persona que proporciona la información del Caso de la investigación</p> <p>Información proporcionada por el Control de la investigación.</p> <p>Actas de Defunción</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ De 15 a 49 años</li> </ul>	Cuantitativa	Discreta
<b>Grupo étnico</b>	Perteneciente a	Persona que proporciona	Cualitativa	Nominal

	una agrupación de Individuos del mismo idioma costumbres y área geográfica	<p>a la información del Caso de la investigación</p> <p>Información proporcionada por el Control de la investigación.</p> <p>Actas de Defunción.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Kekchí</li> <li>➤ Kakchiquel</li> <li>➤ Quiché</li> <li>➤ Pocoman</li> <li>➤ Uspanteco</li> <li>➤ Man</li> <li>➤ Poconchí</li> <li>➤ Canjobal</li> <li>➤ Ixil</li> <li>➤ Poptí</li> <li>➤ Achí</li> <li>➤ Acateco</li> <li>➤ Chuj</li> <li>➤ Ladino</li> </ul>		
<b>Escolaridad</b>	Grado de instrucción académico.	<p>Persona que proporciona la información del Caso de la investigación</p> <p>Información proporcionada por el Control de la investigación</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Primaria completa</li> <li>➤ Primaria incompleta</li> <li>➤ Básico</li> <li>➤ Diversificado</li> <li>➤ Universitaria</li> </ul>	Cualitativa	Nominal
<b>Procedencia</b>	Lugar de permanencia o residencia habitual.	<p>Persona que proporciona la información del Caso de la investigación</p> <p>Información proporcionada por el Control de la investigación</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Urbana</li> <li>➤ Rural</li> </ul>	Cualitativa	Nominal
<b>Ocupación</b>	Activada a la que se dedica un individuo la que puede ser renumerada o no.	<p>Persona que proporciona la información del Caso de la investigación</p> <p>Información proporcionada por el Control de la investigación</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Ama de casa</li> <li>➤ Agricultora</li> <li>➤ Comerciante</li> <li>➤ Profesora</li> </ul>	Cualitativa	Nominal
<b>Accesibilidad geográfica</b>	Característica geográfica en las que	Persona que proporciona la información del Caso de la investigación	Cuantitativa	Discreta

	se sitúa la comunidad	<p>Información proporcionada por el Control de la investigación</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; &lt; de 5 Km.</li> <li>&gt; De 5 a 10 Km.</li> <li>&gt; De 10 a 20 Km.</li> <li>&gt; De 20 a 30 Km.</li> <li>&gt; De 30 a 40 Km.</li> <li>&gt; De 40 a 50 Km.</li> <li>&gt; De 60 y mas Km.</li> </ul>		
<b>Religión</b>	Conjunto de creencias o dogmas acerca de la divinidad.	<p>Persona que proporciona la información del Caso de la investigación</p> <p>Información proporcionada por el Control de la investigación</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Católica</li> <li>&gt; Evangélica</li> <li>&gt; Testigo de Jehová</li> <li>&gt; Sabatista</li> <li>&gt; Mormona</li> <li>&gt; Sin Religión</li> </ul>	Cualitativa	Nominal
<b>Control Prenatal</b>	Contacto y evaluación programada de la gestante por equipo de salud, con el objetivo de vigilar la evolución del embarazo y contribuir a una adecuada preparación para el parto y atención de RN.	<p>Persona que proporciona la información del Caso de la investigación</p> <p>Información proporcionada por el Control de la investigación</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Con control</li> <li>&gt; Sin control</li> </ul>	Cualitativa	Nominal
<b>Edad gestacional</b>	Edad de embarazo Por semanas por Fecha de última regla o por altura uterina.	<p>Persona que proporciona la información del Caso de la investigación</p> <p>Información proporcionada por el Control de la investigación.</p> <p>&lt; De 20 semanas &gt; De 20 semanas</p>	Cuantitativa	Discreta
<b>Lugar de atención del parto</b>	Lugar geográfico donde se atendió el Parto.	<p>Persona que proporciona la información del Caso de la investigación</p> <p>Información proporcionada por el Control de la investigación.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Comunidad: <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Domicilio</li> <li>b) P/S</li> </ul> </li> </ul>	Cualitativa	Nominal

		<ul style="list-style-type: none"> <li>c) C/S</li> <li>d) Maternidad Cantonal</li> <li>e) C/C</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Institucional: <ul style="list-style-type: none"> <li>a) C/S</li> <li>b) P/S</li> <li>c) C/C</li> </ul> </li> </ul>		
<b>Persona que atendió el parto</b>	Personal entrenado o capacitado para la atención del parto, ya sea institucional o comunitario.	<p>Persona que proporciona la información del Caso de la investigación</p> <p>Información proporcionada por el Control de la investigación</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Comadrona</li> <li>➤ Auxiliar de enfermería</li> <li>➤ Médico</li> <li>➤ Empírico</li> <li>➤ Promotor de salud</li> </ul>	Cualitativa	Nominal
<b>Hemorragia</b>	Cualquier cantidad de salida de sangre por la vagina, es conocida como he hemorragia, de diferente etiología.	<p>Persona que proporciona la información del Caso de la investigación</p> <p>Información proporcionada por el Control de la investigación</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Con Hemorragia</li> <li>➤ Sin Hemorragia</li> </ul>	Cualitativa	Nominal
<b>Fiebre</b>	Aumento de la temperatura corporal por arriba de lo normal (37°C).	<p>Persona que proporciona la información del Caso de la investigación</p> <p>Información proporcionada por el Control de la investigación.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Con fiebre</li> <li>➤ Sin fiebre</li> </ul>	Cualitativa	Nominal
<b>Convulsión</b>	Contracción violenta involuntaria, de naturaleza morbosa de los músculos voluntarios, que determina movimientos irregulares localizados en uno o varios grupos musculares o	<p>Persona que proporciona la información del Caso de la investigación</p> <p>Información proporcionada por el Control de la investigación.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Con convulsión</li> <li>➤ Sin convulsión</li> </ul>	Cualitativa	Nominal

	generalizados a todo el cuerpo.			
--	---------------------------------	--	--	--

### **Instrumentos utilizados**

El tipo de instrumento que se diseñó fue un cuestionario de preguntas cerradas en donde se consideraron los siguientes aspectos:

1. Se identificó el instrumento de recolección de datos de la manera siguiente:  
“INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A MORTALIDAD MATERNA”.
2. Siguiendo las normas éticas internacionales para las investigaciones biomédicas con sujetos humanos, redacté unas líneas sobre el objetivo y fines de la investigación, también solicité el permiso respectivo del sujeto de estudio (cónyuge o familiar), para tal objetivo dejé un espacio para la firma o huella digital, si estuvo de acuerdo de participar en la investigación y otro similar si no estuvo de acuerdo en participar.
3. El cuestionario contempla seis secciones:
  - a. Sección de identificación de la investigación (descrito los numerales 1 y 2.
  - b. Sección para identificar No. de cuestionario, fecha, caso o control.
  - c. Sección de datos generales del sujeto de estudio.
  - d. Sección propiamente de la investigación, que serán preguntas cerradas, en la que se contemplaran lo siguiente:
    - Datos generales de caso o control

- Factores: reproductivos, sociodemográficos, obstétricos.
- e. Sección con datos del investigador.
- f. Observaciones.

### **Procedimiento de recolección de información**

Para la recolección del presente estudio se realizaron los siguientes pasos:

- a. Solicitud para realizar el estudio de investigación
- b. Carta de autorización por parte del Director de Área de Salud Ixcán, para realizar el estudio de investigación en el municipio.
- c. Validación de instrumentos de recolección de datos.
- d. Se realizaron cambios al instrumento, que se consideraron pertinentes.
- e. Presentación del informe de validación de datos.
- f. Recolección de la información, para este se siguieron los siguientes pasos:
  - Se elaboraron cartas al Registro Civil del Municipio, de solicitud de permiso para revisar las actas y nacimientos.
  - Se revisaron los documentos mencionados y se sacaron listado de casos y controles según la comunidad donde se detectó muerte materna.
  - Se solicitó croquis en la comunidad.
  - Se procedió a la localización de viviendas de casos y controles.
  - Se realizaron cartas solicitando apoyo a los alcaldes auxiliares con el objetivo de localizar a cónyuges o familiares de las

difuntas, en las comunidades para agilizar la investigación, así como determinar la hora para la entrevista, para maximizar el tiempo en la toma del cuestionario. De igual forma se hizo para localizar a los controles.

- Las respuestas se anotaron de acuerdo a las variables a investigar.
- Se solicitó apoyo de un traductor de los idiomas mayas cuando fué necesario y para este fin se contactó a los vigilantes de salud, facilitadores comunitarios, personal de auxiliar de enfermería, facilitadores comunitarios, comadronas.
- Se elaboró cronograma para la toma de la muestra, y este varió según la distancia y lejanía de las comunidades a visitar, ya que en algunas comunidades aun no cuentan con caminos vecinales y el recorrido es exclusivamente a pie.

### **Análisis de datos**

1. Luego de recolectada la información se evaluó la calidad del llenado de los instrumentos se procedió a evaluar la calidad del llenado de los instrumentos de recolección de la muestra.
2. Se elaboró un cuestionario en el programa de Epi – info. 6.4 B considerando las variables del estudio.

3. Se tabuló la información en cuadros electrónicos en los programas Excell o Word, así como las tablas de asociación de riesgos, para este fin se utilizará el programa Epi – info. se ingresarán los datos de casos y controles.
4. Los estudios de casos y controles parten de la enfermedad y averiguan la exposición al factor de riesgo en el grupo de estudio (casos) y el grupo control (controles), el análisis en este tipo de estudio, busca comparar la proporción de la exposición en los casos, con respecto a la proporción de la exposición en los controles, para establecer la asociación entre variables se obtuvo la razón de productos cruzados (Odds Ratio) de cada una de las variables consideradas en el estudio.
5. Para determinar la significación estadística de las variables consideradas, en el estudio, se procedió al análisis a través de intervalos de confianza al 95% de confiabilidad, Ji cuadrado así como el valor p; se utilizó el porcentaje de riesgo atribuible poblacional para determinar cuanto se podría evitar el problema si se suprimiera el factor de riesgo.

### **Procedimientos para garantizar los aspectos éticos de la investigación**

1. Se solicitó permiso y aprobación para la realización de la investigación a Dirección de Área de Salud Ixcán.
2. Como se trata de un estudio retrospectivo, sobre revisión de Certificados de Defunción el presente estudio no conlleva riesgos mediatos o inmediatos a ninguna persona, o para la institución misma.

3. Se garantizó que la información obtenida, será confidencial, al iniciar la recolección de la información, se explicó al sujeto de estudio, la naturaleza del mismo, objetivos y beneficios esperados. A parte del consentimiento informado, en el cuestionario existió una sección la cual fue firmada o en su defecto se impregnó la huella digital, como aprobación de participar en el estudio.
4. Se informó de igual forma (según numeral 3) a los controles

## **CAPÍTULO V**

### **RESULTADOS**

En este capítulo se presentan los resultados obtenidos - luego de la tabulación, depuración y análisis de la información generada – a través del instrumento de recolección; se divide en dos subcapítulos, uno relacionado con datos descriptivos y, otro, en el cual se presentan los datos analíticos.

### **A. Descriptivos**

A continuación se presentan los datos relacionados con los aspectos descriptivos de la investigación

## **Cuadro 1**

### **Mortalidad Materna distribución de casos por grupo etáreo, Ixcán, Quiché, 1998-2003, Guatemala, septiembre 2004.**

Grupo etáreo	Frecuencia	Proporción
15 - 17	6	18.18
18 - 20	2	6.06
21 - 23	4	12.12
24 - 26	5	15.15
27 - 29	3	9.09
30 - 32	5	15.15
33 - 35	3	9.09
36 - 38	2	6.06
39 - 41	1	3.03
42 - 44	1	3.03
45 - 47	1	3.03
Total	33	100

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

La mortalidad materna en el municipio de Ixcán, es más frecuente en los grupos de las edades comprendidas entre 18 a 35 años en un 66.66%, que en las edades extremas, mujeres económicamente activas.

## Cuadro 2

### Mortalidad Materna frecuencia y lugar de procedencia Ixcán, Quiché, 1998 – 2003, Guatemala, septiembre 2004.

Comunidad	Frecuencia	Proporción
Atlántida	1	3.03
Playa grande	2	6.06
San Jacobo	1	3.03
Santa cruz	1	3.03
Las Muñecas	1	3.03
Tres Ríos	1	3.03
Santa Maria Dolores	1	3.03
Ixtaguacan Chiquito	1	3.03
Los Ángeles	1	3.03
Kaibil Balàn	4	12.12
Santiago Ixcán	1	3.03
San Juan Ixcán	2	6.06
San Carlos Mirador	1	3.03
Sinai	1	3.03
Buena Vista Copón	1	3.03
El Remolino	1	3.03
Machaquilá I	1	3.03
San Felipe	1	3.03
Punto Chico	1	3.03
San Antonio Tzejá	2	6.06
Paraíso de Adán	1	3.03
El Porvenir	1	3.03
Pueblo Nuevo	1	3.03
Atenas	1	3.03
San Jorge	1	3.03
Río Negro	1	3.03
San Pablo	1	3.03
Total	33	100

Fuente: Instrumento de recolección de datos

### **Cuadro 3**

#### **Mortalidad Materna distribución por accesibilidad geográfica, Ixcán, Quiché 1998 – 2003, Guatemala, septiembre 2004.**

Distancia en Km. al C/S Playa G.	Frecuencia	Proporción
< de 5 kilómetros	0	0
De 5 - 10 kilómetros	3	9.09
De 10 - 20 kilómetros	4	12.12
De 20 - 30 kilómetros	0	0
De 30 - 40 kilómetros	2	6.06
De 40 - 50 kilómetros	3	9.09
De 50 - 60 kilómetros	17	51.51
> de 60 kilómetros	4	12.12
Total	33	100

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

En las comunidades más alejadas del Centro de Salud Tipo “A” Playa Grande, fue donde se presentó la mayor frecuencia de mortalidad materna en un 63.63 %, en el municipio de Ixcán y de estas en la comunidad Kaibil Balàn, en el transcurso del periodo en estudio se presentó el 12.12 % de las defunciones maternas.

### **Cuadro 4**

#### **Mortalidad materna distribución de casos según grado de escolaridad, Ixcán, Quiché, 1998 – 2003, Guatemala, septiembre 2004.**

Escolaridad	Casos	Proporción
Primaria incompleta	5	15.15
Primaria completa	1	3.03
Ninguna	27	81.81
Total	33	100

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

## Cuadro 5

### Mortalidad materna distribución de casos según analfabetismo, Ixcán, Quiché, 1998 – 2003, Guatemala, septiembre 2004.

Analfabetismo	Casos	Proporción
Alfabeta	6	18.18
Analfabeta	27	81.81
Total	33	100

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

El grado de escolaridad y analfabetismo son factores sociodemográficos determinantes, en la mortalidad materna, ya que el 81.81 % de las mujeres eran analfabetas.

## Cuadro 6

### Mortalidad Materna distribución según grupo étnico, Ixcán, Quiché, 1998 – 2003, Guatemala, septiembre 2004.

Grupo Étnico	Casos	Proporción
Maya	29	87.8
No Maya	4	12.12
Total	33	100

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

La mortalidad materna se presentó en el grupo étnico maya en un 87.8 % de los casos.

### Cuadro 7

#### Mortalidad Materna distribución según paridad, Ixcán Quiché, 1998 – 2003, Guatemala, septiembre 2004.

Paridad	casos	Proporción
Primigesta		27.27
Secundigesta		24.24
Múltipara		48.48
Reacción Adversa Anestesia		100

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

La mortalidad materna se presentó más frecuentemente en las mujeres múltiples en un 48.48% del total de casos, en el municipio de Ixcán.

### Cuadro 8

#### Mortalidad materna distribución de casos según período Ínter genésico, Ixcán, Quiché, 1998 – 2003, Guatemala, septiembre 2004.

Periodo Íter genésico	Frecuencia	Proporción
Primigestas	9	27.27
1 año	10	30.3
2 años	12	36.36
3 años	2	6.06
Total	33	100

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

La mortalidad materna en el municipio de Ixcán, fue más frecuente en espacios íter genésicos de dos años en un 36.36%

## Cuadro 9

### Mortalidad materna distribución por diagnostico, Ixcán, Quiché, 1998 – 2003, Guatemala, septiembre 2004.

Diagnostico de defunción	Casos	Proporción
Hemorragia Vaginal	9	24.27
Eclampsia	4	12.12
Retención Placentaria	10	30.3
Reacción Adversa Anestesia	1	3.03
Embolia Líquido Amniótico	2	9.09
Shock Séptico	1	3.03
Parto Complicado	6	18.18
Total	33	100

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Los diagnósticos principales de defunción materna, en el municipio en el municipio de Ixcán, son Retención Placentaria y Hemorragia Vaginal en un 54.54%.

## Cuadro 10

### Mortalidad materna distribución por control prenatal, Ixcán, Quiché, 1998 – 2003, Guatemala, septiembre 2004.

## I

	Con Control	Proporción	Sin Control	Proporción
15 - 17	1	8.33	5	23.8
18 - 20	1	8.33	1	4.46
21 - 23	2	16.66	2	9.52
24 - 26	3	25	2	9.52
27 - 29	1	8.33	2	9.52
30 - 32	1	8.33	4	19.04
33 - 35	1	8.33	2	9.52
36 - 38	1	8.33	1	4.46
39 - 41	1	8.33	0	0
42 - 44	0	0	1	4.46
45 - 47	0	0	1	4.46
Total	12	100	21	100

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Se observa en este cuadro que del total de las muertes maternas el 63.63% curso el embarazo sin control prenatal.

## B. Analíticos

A continuación se presentan los datos para el componente analítico de la investigación

**Tabla 1**

**Mortalidad materna asociación, según escolaridad, Ixcán, Quiché, 1998 – 2003, Guatemala, septiembre 2004.**

Mortalidad Materna

		Caso	Control	
Escolaridad	No	27	40	67
	Si	6	26	32
		33	66	99

***OR = 2.92***  
***IC 95% = 1.084614 – 7.825871***  
***Valor p. = 0.0334***

**Tabla 2**

**Mortalidad materna asociación, según etnia, Ixcán, Quiché, 1998 – 2003, Guatemala, septiembre 2004.**

		Mortalidad Materna		
		Caso	Control	
Etnia	Maya	29	59	88
	Ladina	4	7	11
		33	66	99

***OR = 0.86***  
***IC 95% = 0.232925 – 3.176527***  
***Valor p. = 0.821***

**Tabla 3**

**Mortalidad materna asociación, según analfabetismo, Ixcán, Quiché, 1998 – 2003, Guatemala, septiembre 2004.**

		Mortalidad Materna		
		Caso	Control	
Analfabeta		27	40	67

Analfabetismo			
Alfabeto	6	26	32
	33	66	99

***OR = 2.92***  
***IC 95% = 1.06078 – 8.05555***  
***Valor p. = 0.0334***

**Tabla 4**

**Mortalidad materna asociación, según edad, Ixcán, Quiché, 1998 – 2003, Guatemala, septiembre 2004.**

Edad	Mortalidad Materna		
	Caso	Control	
< 18 años	6	7	13
> 18 años	27	59	86
	33	66	99

***OR = 1.87***  
***IC 95% = 0.5997328 – 5.870618***  
***Valor p = 0.2928***

**Tabla 5**

**Mortalidad materna asociación, según control prenatal, Ixcán, Quiché, 1998 – 2003, Guatemala, septiembre 2004.**

		Mortalidad Materna		
		Expuesto	No expuesto	
Control Prenatal	Sin Control	21	44	65
	Con Control	12	22	34
		33	66	99

***OR = 0.87***  
***IC 95% = 1.305598 – 7.250112***  
***Valor p. = 0.0096***

**Tabla 6**

**Mortalidad materna asociación, según hemorragia, Ixcán, Quiché, 1998 – 2003, Guatemala, septiembre 2004.**

		Mortalidad Materna		
		Caso	Control	
Hemorragia	Si	18	0	18
	No	15	66	81
		33	66	99

Fishers exact = 0.000

1 – sided Fishers exact = 0.000

La hemorragia se trabajara solo con el Test de Fishers, buscando asociación y no se puede evidenciar el riesgo.

**Tabla 7**

**Mortalidad materna asociación, según convulsión, Ixcán, Quiché, 1998 – 2003, Guatemala, septiembre 2004.**

Mortalidad Materna

		Caso	Control	
Convulsión	Si	4	0	4
	No	29	66	95
		33	66	99

Fishers exact = 0.011

1 – sided Fishers exact = 0.011

La convulsión se trabajara solo con el Test de Fishers, buscando asociación y no se puede evidenciar el riesgo.

**Tabla 8**

**Mortalidad materna asociación, según fiebre, Ixcán, Quiché, 1998 – 2003, Guatemala, septiembre 2004.**

		Mortalidad Materna		
		Caso	Control	
Fiebre	Si	7	0	7
	No	26	66	92
		33	66	99

Fishers exact = 0.000

1 – sided Fishers exact = 0.000

La fiebre se trabajara solo con el Test de Fishers, buscando asociación y no se puede evidenciar el riesgo.

**Tabla 9**

**Mortalidad materna asociación, según edad gestacional, Ixcán, Quiché, Quiché, 1998 – 2003, Guatemala, septiembre 2004.**

		Mortalidad Materna		
		Caso	Control	
Edad gestacional	< de 20 semanas	0	0	0
	> de 20 semanas	33	66	99
		33	66	99

Edad gestacional

Como no hay casos en la edad gestacional, entonces solo se presenta el cuadro, no se calcula riesgo, ni asociación.

**Tabla 10**

**Mortalidad materna asociación, según atención de parto, Ixcán, Quiché, 1998 – 2003, Guatemala, septiembre 2004.**

		Mortalidad Materna		
		Caso	Control	
Atención de parto	Domicilio	32	65	97
	C/S	1	1	2
		33	66	99

Respecto a la atención del parto no hay asociación y el riesgo no debe considerarse ya que de 33 casos, 32 se atendieron en domicilio, por lo que es imposible comparar.

## **CAPÍTULO VI**

### **DISCUSIÓN**

Casi 600,000 mujeres de edades comprendidas entre los 15 y 49 años mueren cada año en todo el mundo como consecuencia de complicaciones derivadas del embarazo y del parto. Lo trágico es que esas mujeres no mueren de enfermedad, sino durante el proceso de procreación normal que realza la vida. La mayor parte de esos fallecimientos se podría evitar si se adoptaran medidas preventivas y se proporcionara una asistencia adecuada. Por cada mujer que muere son muchas más las que sufren graves trastornos que pueden afectarlas para el resto de sus vidas. La mortalidad materna es un indicador de la disparidad y desigualdad que existe entre los hombres y las mujeres y su extensión es un indicio de lugar que ocupan las mujeres en la sociedad y de su acceso a servicios sociales de salud y nutrición y a posibilidades económicas. (27)

El mal estado de salud y la insuficiente nutrición de las mujeres y la falta de cuidado que contribuye a su fallecimiento durante el embarazo y el parto ponen así mismo en peligro y la salud de la supervivencia de los lactantes y los niños que dejan. Se calcula que casi las dos terceras partes de los 8 millones de fallecimientos de lactantes que se producen cada año son en gran parte el resultado de un deficiente salud e higiene maternas, una asistencia inadecuada, un ineficiente tratamiento del parto y la falta de atención esencial al recién nacido. (27)

Desde los años cuarenta las defunciones maternas se han vuelto cada vez más raras en los países desarrollados. Sin embargo, no cabe decir lo mismo de las zonas en desarrollo, en las que la persistencia de altos niveles de mortalidad materna es un síntoma de una falta de cumplimiento generalizada de los derechos humanos más fundamentales de las mujeres. Ese cumplimiento afecta más agudamente a los

pobres, los desfavorecidos y las personas que carecen en absoluto de poder. Para más de medio millo de mujeres, la muerte es el último episodio de una larga historia de dolor y sufrimiento; otros millones de mujeres quedan lesionadas o discapacitadas muchas de ellas para el resto de sus vidas. El sufrimiento a menudo no se limita al puramente físico sino que afecta a la capacidad de la mujer de la mujer para asumir sus responsabilidades sociales y económicas y participar en el desarrollo de sus comunidades. (27)

Cada año quedan embarazadas 210 millones de mujeres; unas 30 millones sufren complicaciones y 515,000 de estas mujeres mueren; 3 millones de bebés son mortinatos, otros 4 millones mueren en la primera semana de vida y millones de más sufren alguna discapacidad. Desde hace mucho tiempo se sabe que estas tragedias son en gran parte evitables. (28)

En muchos países en desarrollo las complicaciones del embarazo y el parto constituyen las principales causas de muerte entre las mujeres en edad reproductiva. Más de una mujer muere cada minuto debido a estas causas y un total de 600,000 mueren cada año (26) (28) menos de 1% de estas muertes ocurren en países desarrollados, lo que demuestra que esto pudiera evitarse si hubiera recursos y servicios disponibles. (29)

En los países menos desarrollados, más de medio millón de madres mueren anualmente por causas relacionadas con la creación de una nueva vida, y ello solo muestra parte de la gravedad del problema, ya que por cada mujer muerta, otras 30 sufren devastadores problemas de salud como daño en los órganos reproductivos o infertilidad. El 99% de estas muertes tienen lugar en las regiones menos

desarrolladas, y la mayor parte se debe a insuficiente atención médica en el momento del parto. Es una situación trágica que no tiene porqué continuar. (30)

Alrededor de 23,000 mujeres mueren cada año en América Latina y el Caribe por causas relacionadas con el embarazo. Como parte de sus diversas actividades en pro de la maternidad sin riesgo en las Américas la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha fomentado la implantación del sistema de atención obstétrica esencial en los once países latinoamericanos con mayores tasas de mortalidad materna (13) Haití, Bolivia, Perú, El Salvador, Nicaragua, Paraguay, Honduras, Guatemala, República Dominicana, Ecuador, Brasil. (12) (13)

La organización considera que la actitud y compromiso de quienes toman las decisiones políticas que determinan la situación de la salud de las personas familias y comunidades son fundamentales para asegurar que toda mujer tenga acceso a servicios de calidad, a la atención por personal capacitado, a no sufrir discriminación por razones de género, edad, condiciones económicas, raza o religión y para promover el marco legal que permita el ejercicio de los derechos reproductivos y la participación de toda la comunidad. (13)

Además de las más de 20 mil muertes por causas relacionadas con el embarazo, parto y puerperio en la región, el número de mujeres que padecen prolongadas secuelas de morbilidad con relación al embarazo es todavía más elevado. La probabilidad de morir durante el embarazo y el parto en América Latina y El Caribe es de uno en 150 durante la vida reproductiva de una mujer. (10) (13) y en Estados Unidos, dicha probabilidad es de 1 en 3,750. (10)

Las causas obstétricas directas de estos padecimientos coinciden con las observadas en otras partes del mundo: hemorragia (prenatal y puerperal), hipertensión inducida por el embarazo, sepsis, trabajo de parto prolongado, por parto obstruido y complicaciones relacionadas con el aborto. (13)

Los resultados de estudios cualitativos y cuantitativos relacionados en la región indican que los servicios de salud materna y neonatal son subutilizados debido a barreras culturales o físicas; a las percepciones por parte de la comunidad sobre la calidad y la capacidad resolutive de los servicios; a la falta de conocimiento y comprensión de los problemas que se producen durante el embarazo y que requieren atención sanitaria inmediata y a la influencia de complejos modelos de toma de decisión de las comunidades para tomar las medidas necesarias y oportunas. (13)

Alrededor de 23,000 mujeres mueren cada año en América Latina y el Caribe por causas relacionadas con el embarazo. Como parte de sus diversas actividades en pro de la maternidad sin riesgo en las Américas la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha fomentado la implantación del sistema de atención obstétrica esencial en los once países latinoamericanos con mayores tasas de mortalidad materna (13) Haití, Bolivia, Perú, El Salvador, Nicaragua, Paraguay, Honduras, Guatemala, República Dominicana, Ecuador, Brasil. (12) (13)

La organización considera que la actitud y compromiso de quienes toman las decisiones políticas que determinan la situación de la salud de las personas familias y comunidades son fundamentales para asegurar que toda mujer tenga acceso a servicios de calidad, a la atención por personal capacitado, a no sufrir discriminación por razones de género, edad, condiciones económicas, raza o religión y para

promover el marco legal que permita el ejercicio de los derechos reproductivos y la participación de toda la comunidad. (13)

Además de las más de 20 mil muertes por causas relacionadas con el embarazo, parto y puerperio en la región, el número de mujeres que padecen prolongadas secuelas de morbilidad con relación al embarazo es todavía más elevado. La probabilidad de morir durante el embarazo y el parto en América Latina y El Caribe es de uno en 150 durante la vida reproductiva de una mujer. (10) (13) y en Estados Unidos, dicha probabilidad es de 1 en 3,750 (10)

Las causas obstétricas directas de estos padecimientos coinciden con las observadas en otras partes del mundo: hemorragia (prenatal y puerperal), hipertensión inducida por el embarazo, sepsis, trabajo de parto prolongado, por parto obstruido y complicaciones relacionadas con el aborto. (13).

Los resultados de estudios cualitativos y cuantitativos relacionados en la región indican que los servicios de salud materna y neonatal son subutilizados debido a barreras culturales o físicas; a las percepciones por parte de la comunidad sobre la calidad y la capacidad resolutive de los servicios; a la falta de conocimiento y comprensión de los problemas que se producen durante el embarazo y que requieren atención sanitaria inmediata y a la influencia de complejos modelos de toma de decisión de las comunidades para tomar las medidas necesarias y oportunas. (13)

La mortalidad materna debida a complicaciones del embarazo y el parto es innecesariamente alta y aún constituye una tragedia en varios países de América Latina y el caribe. Se calcula que la razón global de mortalidad materna en estos países es de 190 por 100,000 nacidos vivos, lo que representó en 1,995 unas 22 mil

defunciones maternas. El embarazo y el parto no son enfermedades, pero las mujeres de América Latina y El Caribe todavía mueren de las mismas causas que las mujeres de los países industrializados a principios del siglo XX. Aunque la razón de mortalidad materna se ha estancado desde que la maternidad sin riesgo se convirtió en un tema primordial a finales de los años 80 y principios de los 90, la mortalidad materna es un tema de salud pública en el que se ha progresado poco en los últimos tiempos, y sobre el que se pide a La Conferencia Sanitaria Panamericana que dé a la organización Panamericana de la Salud (OPS) un mandato claro. (12)

Ha aumentado considerablemente el conocimiento de las causas de la discapacidad y la muerte maternas y de las intervenciones apropiadas en entornos de escasos recursos. La historia indica que la clave para la reducción de la mortalidad materna no reside exclusivamente en el desarrollo socioeconómico general, si no también en ofrecer un tratamiento eficaz y accesible. Los resultados de investigación y la experiencia práctica demuestran que determinadas intervenciones de salud pueden reducir la incidencia y la gravedad de las principales complicaciones asociadas con el embarazo, el parto y el puerperio, tanto para las madres como para sus bebés. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) promueve actualmente un enfoque más centrado en intervenciones eficaces en razón de los costos como los cuidados obstétricos esenciales (COE), la asistencia del parto por personal calificado y el mejor acceso a servicios de atención de salud materna de calidad. (12)

Hoy en día en Guatemala las mujeres mueren por causas relacionadas al embarazo, al parto y al puerperio; estas muertes revelan una serie de ideas y prácticas de subvaloración a la vida y a las decisiones de las mujeres. Por ello es importante enfrentar

las limitaciones simbólicas, políticas, económicas y sociales que hacen que la muerte en estas mujeres sea considerada un evento natural e inevitable; ajeno a la voluntad de la familia, la comunidad, las municipalidades, las organizaciones locales e incluso a algunas instancias del Estado. En el año 2,000 murieron 651 mujeres por causas relacionadas con el embarazo, el parto y el puerperio, es decir casi dos mujeres murieron diariamente por causas maternas. Esta cifra representa una Razón de Mortalidad Materna (RMM) de 153 por cada 100,000 Nacidos Vivos (NV). La importancia y gravedad del problema quedaron establecidas en los resultados de la línea basal de la mortalidad materna del 2,000.(8) (9) Según la encuesta demográfica y de salud de 1,999 del Ministerio de Salud Pública, la razón de mortalidad materna asciende a casi 500 en algunos lugares, como San Miguel Chicaj y San Jerónimo, ambos de Baja Verapaz. (10)

Aunque la mortalidad materna afectó a mujeres de distintos estratos sociales y económicos, un número más elevado afectó a mujeres indígenas analfabetas, en departamentos con altos índices de pobreza y ruralidad (Alta Verapaz y Peten, (región norte); Sololá y Totonicapán, (región sudoeste); Huehuetenango, y El Quiché, (región noroeste); e Izabal (región noreste)), siendo el impacto de muerte materna tres veces superior en las mujeres indígenas. (8) (9) (11)

En nuestro país las muertes maternas todavía se deben a las mismas causas históricas. El 90% de las muertes maternas se debieron ha causas obstétricas directas, siendo la hemorragia la responsable de la mitad de estas muertes. La infección, la hipertensión inducida por el embarazo y las complicaciones asociadas al aborto ocasionaron el resto de las muertes maternas. En Guatemala la cobertura de atención del parto por

personal médico o de enfermería es de 41 %, siendo el 65.6% en el área urbana, mientras que en el área rural es de 29.5%; la cobertura de atención del parto en mujeres ladinas es de 57% y en mujeres indígenas es de 19.5% lo que evidencia una brecha importante. (La ENSMI utiliza el indicador “personal calificado” y lo define como personal médico (a) o enfermeras (os) lo cual es equivalente ha “personal competente” pero no se cuenta con fuente de información sobre personal competente, por lo que se usa de forma provisional como un indicador aproximado). (8)

A nivel nacional Ixcán es una de las áreas más afectadas con respecto a Mortalidad Materna, ya que según análisis los últimos seis años (1,998 – 2,003) se ha observado una sobre mortalidad materna, en comparación con la razón de mortalidad materna nacional, según memorias anuales de los años en mención (2, 3, 4, 5, 6,7) en 1,998 una razón de 279.85 X 100,000 Nacidos Vivos (N.V.); en 1,999 una razón de 256 X 100,000 N.V.; en el 2,000 una razón de 245.78 X 100,000 N.V.; en el 2,001 una razón de 273 X 100,000 N.V.; en el 2,002 una razón de 240 X 100,000 N.V. en el 2,003 una razón de 164.8 X 100,000 N.V.; si bien se observan que en los dos últimos años la razón de mortalidad materna a disminuido, pero no debido a la disminución de los factores de riesgos a los que enfrenta la mujer embarazada en el municipio, lo que hace esta variación en las razones observadas son los nacidos vivos, ya que cada año se observan más nacimientos por lo que la disminución propiamente dicho es a expensas del denominador (N.V.). De enero de 1,998 a diciembre del 2,003 han ocurrido 38 muertes maternas, por causas obstétricas directas, siendo la hemorragia la causante de la mayor parte de estas. (2, 3, 4, 5, 6, 7)

Ante esta situación, se planteo el presente estudio para determinar factores de riesgo asociados a mortalidad materna en el municipio de Ixcán, tales como factores reproductivos, sociodemográficos, obstétricos, para lo que se escogieron las 38 muertes maternas ocurridas en el período de 1,998 – 2,003, de las cuales 33 (86.84%) llenaron la definición operacional de caso y se fijaron 2 controles para cada caso, de los 5 casos de mujeres fallecidas que no pudieron ser investigadas, se debió a que al momento de la recolección de datos a nivel de la comunidad no existió evidencia de algún familiar cercano que pudiera dar información sobre el caso a investigar, y ningún comunitario dio razón alguna de donde se encontraban en la actualidad. El 86.84% de las entrevistas puede considerarse como satisfactorio, tomando en cuenta el acceso a las comunidades, las barreras culturales e idiomáticas y el costo económico.

Con una mediana de edad de 26 años y una moda de 16 años, se observó en la muestra que el 66.66% de la mortalidad se encontró entre el rango de edades de 18 – 35 años, más que en las edades extremas, Aunque la mortalidad materna afectó a mujeres de distintos estratos sociales y económicos, un número más elevado afectó a mujeres entre las edades de productividad, lo que trae como consecuencia desintegración familiar y un factor importantísimo para que ocurra mortalidad infantil en el vinculo familiar.(Cuadro No. 1)

Entre las comunidades en las que se presento muerte materna la más afectada fue Kaibil balan en la que se presentaron 4 defunciones maternas, siendo esta comunidad la de mayor riesgo en el municipio de Ixcán. (Cuadro No.2)

Las muertes ocurrieron generalmente en un plazo de 24 horas después de la resolución del embarazo, el 96.96% fueron atendidas en el domicilio por comadrona tradicional. En Guatemala la cobertura de atención del parto por personal médico o de enfermería es de 41 %, siendo el 65.6% en el área urbana, mientras que en el área rural es de 29.5%; la cobertura de atención del parto en mujeres ladinas es de 57% y en mujeres indígenas es de 19.5% lo que evidencia una brecha importante. (La ENSMI utiliza el indicador “personal calificado” y lo define como personal médico (a) o enfermeras (os) lo cual es equivalente a “personal competente” pero no se cuenta con fuente de información sobre personal competente, por lo que se usa de forma provisional como un indicador aproximado. (8)

El 24.24% de los diagnósticos fue debido a hemorragia vaginal y el 30.3% por retención placentaria,

En nuestro país las muertes maternas todavía se deben a las mismas causas históricas. El 90% de las muertes maternas se debieron a causas obstétricas directas, siendo la hemorragia la responsable de la mitad de estas muertes. (8)

El 87.87% de los casos fueron en mujeres indígenas donde se presentó defunción, siendo este grupo de la población más afectado en el municipio, y esto podría estar de acuerdo con lo que dicen otros autores, en cuanto a la necesidad insatisfecha de servicios de planificación familiar las mujeres indígenas y del área rural están en desventaja. La demanda insatisfecha (la proporción de mujeres que desean espaciar los embarazos y/o limitar la familia puede considerarse como indicador de la demanda potencial de servicios de planificación familiar, puede calcularse la

necesidad insatisfecha de planificación familiar tanto para espaciar o limitar. Forman parte del grupo con necesidad insatisfecha para limitar la familia aquellas mujeres embarazadas o amenorréicas cuyo último embarazo no fue deseado y mujeres fértiles que no están embarazadas o amenorréicas y que manifiestan no desear más hijos así mismo, forman parte del grupo de necesidad insatisfecha para espaciar embarazos, las mujeres actualmente embarazadas o amenorréicas cuyo último embarazo si fue deseado pero más tarde y las mujeres fértiles que no están ni embarazadas ni amenorréicas y que manifiestan que si desean más hijos pero prefieren esperar por lo menos dos años) de este servicio la mujer indígena es de 39.3%, mientras que para la mujer ladina es de 21.9%; en el área urbana la necesidad de servicios de planificación familiar no es cubierta en un 20.2%, y para el área rural la proporción no cubierta con este servicio es de 32.3%. En cuanto a la prevalencia de planificación familiar se encontraron brechas similares entre las poblaciones rurales y urbanas con un 56.7% de prevalencia en el área urbana y 34.7% en el área rural. Entre las mujeres indígenas la prevalencia de uso de anticonceptivos es de 23.8% y entre las mujeres ladinas de 52.8%.(8)

En México en el año 2,001 se produjeron en México 1,707 defunciones por mortalidad materna esto quiere decir que cerca de cinco mujeres murieron debido a complicaciones en el embarazo, el parto o el puerperio ( es decir una razón de 4.53 por cada 10 mil nacidos vivos registrados). (17)

En el año 2,000 el 67.3% de las muertes maternas registradas se concentró en los estados del sur y sureste del país, donde un significativo número de habitantes carece

de seguridad social, vive en condiciones de pobreza extrema en zonas rurales y es indígena.

El 36.36% de los casos, fue más frecuente en el período ínter genésico de dos años y las primigestas en un 27.27% (cuadro No. 6); en México los estudios a nivel nacional revelan que el perfil de las mujeres fallecidas por causas relacionados con el embarazo son predominantemente de bajos recursos económicos, en alta marginalidad, baja escolaridad, poco accesos a los servicios de salud con escaso o nulo conocimientos de sus derechos reproductivos.(20)

El 63.63% curso el embarazo sin control prenatal (cuadro No7) en el caso del Distrito Federal el perfil es de mujeres de bajos recursos económicos, en alta marginabilidad, con poco acceso a los servicios de salud, poca confianza en estos, con insistencia importante a la consulta prenatal, por lo tanto el alto grado de escolaridad no las examine posiblemente detener un acceso o nulo conocimiento de sus derechos reproductivos, y que las unifica en relación a las de otras entidades federativas en cuanto a las inequidades de género. (20)

En el presente estudio se logró demostrar que los factores sociodemográficos incrementan el riesgo de morir de la mujer embarazada, en el municipio de Ixcán la escolaridad y el alto grado de analfabetismo son factores de riesgo importantes ya que la mujer de poco escolaridad o analfabeta tienen 2.92 y 3.9 veces más riesgo de morir por causas obstétricas respectivamente, a nivel nacional el 66.5% de las muertes maternas ocurren en mujeres que no cuentan con ningún nivel de estudio, un 28 % cursaron al menos 1 grado de nivel primario, en Ixcán el 81.81 % de las mujeres que fallecieron eran analfabetas, lo que confirma la correlación entre mortalidad materna

y educación es inversamente proporcional, en la medida que disminuye el nivel de escolaridad, aumenta la mortalidad materna. (9)

El grupo de mujeres indígenas exhibe las condiciones más precarias de la vida, la más alta tasa de fecundidad y la mayor proporción de partos atendidos en el domicilio por personal no calificado. La Razón de mortalidad en este grupo es el triple (211 x 100,000 N.V.) de la que presenta el grupo no indígena (70 x 100,000. (9) La etnia en el municipio de Ixcán en este estudio no tuvo significación, como factor de riesgo, lo que se considera relacionado al número de la muestra.

Entre los factores obstétricos más relevantes de este estudio, demostró que la ausencia de control prenatal en el transcurso del embarazo expone 3.07 ( valor P 0.0096) veces mas, a morir de causas relacionadas al embarazo que la que acude a control prenatal, la hemorragia, fiebre y convulsión a pesar de que se asociaron a la muerte materna en una proporción 24.24%, 3.0%, 12.12% respectivamente, no se pudo evidenciar el riesgo y se trabajo con el Test de Fisher buscando asociación, la cual fue significativa estadísticamente. En el ámbito nacional el 53.3% de las muertes corresponden a hemorragias, le siguen las infecciones 14.4% y la hipertensión inducida por el embarazo 12.1%. en el presente estudio no se determinó relación directa posiblemente al tamaño de la muestra. Respecto a la atención del parto en el ámbito nacional un 42.9% de los partos de madres que murieron fueron atendidas por comadrona y un 21.7% por un familiar o por la misma madre, en el presente estudio no se encontró asociación y el riesgo debe considerarse ya que de las 33 defunciones 32 fueron atendidas en el domicilio.

Dependiendo los resultados obtenidos en el estudio se puede concluir que la mortalidad materna en el municipio de Ixcán el Quiché está relacionada a mujeres comprendidas entre los 18 a 35 años, analfabeta, que no tuvo control prenatal en donde la hemorragia, fiebre o convulsión están asociadas.

## **CONCLUSIONES**

1. Entre los factores obstétricos mas significativos en el presente estudio evidencia que las mujeres que no acuden a control prenatal tienen 3.07 (Valor p 0.0096) veces mas riesgo de morir por complicaciones en el embarazo, parto o puerperio en el municipio de Ixcán.
2. Entre los factores sociodemográficos mas significativos en el presente estudio el analfabetismo es un factor determinante en la mortalidad materna en el municipio de Ixcán, ya que la mujer embarazada se expone 3.9 (Valor p 0.0073) veces de morir, cuando no cuentan con ningún nivel de estudio.
3. Las causas principales de muerte materna en el municipio de Ixcán, el 87.88% fueron debidas a causas directas, de las cuales el 54.54% corresponden a hemorragias, y conociendo estos datos, pueden ayudar a la toma de decisiones inmediatas e intervenciones de prevención.
4. La mortalidad materna en Ixcán es más frecuente en la población de 18 a 35 años que en las edades extremas, con una media de 26 años, teniendo graves consecuencias no solo a nivel familiar sino que también a nivel de municipio, ya que pertenecen al grupo económicamente activo.
5. La etnia en el municipio de Ixcán en este estudio no tuvo significancia, como factor de riesgo, lo que se considera relacionado al número de muestra, pero el riesgo debe considerarse ya que del total de defunciones el 87.87% pertenecen a la etnia maya.
6. Los factores obstétricos como hemorragia, fiebre y convulsión a pesar de que se asociaron a la muerte materna en una proporción 24.24%, 3.0%, 12.12%

respectivamente, no se pudo evidenciar el riesgo, y solo se evidencia la asociación por el Test de Fishers.

## **RECOMENDACIONES**

1. Fortalecer a nivel local la participación de la Municipalidad en lo que se refiere a maternidad saludable, tomando en cuenta la participación comunitaria.
2. Dar seguimiento a los comités de emergencia a nivel comunitario, para que conozcan adecuadamente el enfoque de riesgo obstétrico y puedan en esta forma trasladar a un centro asistencial a la mujer que lo amerite.
3. Promocionar a nivel de municipio lo importante de dar seguimiento al embarazo por medio del control prenatal.
4. Fortalecer a nivel local el programa materno infantil, para detectar a nivel comunitario e institucional los factores de riesgo obstétrico.
5. Promover a nivel interinstitucional e intersectorial una coordinación de prevención promoción y control sobre factores de riesgo obstétrico.
6. Es recomendable realizar evaluaciones periódicas del componente materno infantil en el municipio de Ixcán, para determinar oportunamente las dificultades pertinentes en beneficio de la mujer en edad reproductiva.
7. Por los resultados obtenidos en este estudio, recomiendo deben ser utilizados como insumo de discusión, para trabajar en coordinación con otros ministerios, para beneficio de la población en general en especial con el grupo de la mujer de edad fértil.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRAFÍA.**

1. Consejo municipal de desarrollo de Ixcán y Unidad Técnica de Planificación. “Plan de Desarrollo Integral del Municipio de Ixcán”. Playa Grande, Ixcán, El Quiché, Guatemala enero 1995. pp 4, 5, 6,7.
2. Área de Salud Ixcán. “Memoria Anual 2003”. Playa Grande, Ixcán, El Quiché, Guatemala, enero 2004. pp 2
3. Área de Salud Ixcán. “Memoria Anual 2002”. Playa Grande, Ixcán, El Quiché, Guatemala, enero 2003. pp 2
4. Área de Salud Ixcán. “Memoria Anual 2001”. Playa Grande, Ixcán, El Quiché, Guatemala, enero 2002. pp 2
5. Área de Salud Ixcán. “Memoria Anual 2000”. Playa Grande, Ixcán, El Quiché, Guatemala, enero 2001. pp 2
6. Área de Salud Ixcán. “Memoria Anual 1999”. Playa Grande, Ixcán, El Quiché, Guatemala, enero 2000. pp 2
7. Área de Salud Ixcán. “Memoria Anual 1998”. Playa Grande, Ixcán, El Quiché, Guatemala, enero 1999. pp 2
8. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. “Lineamientos Estratégicos Para Reducir La Mortalidad Materna” Guatemala, marzo 2003. pp 5, 6, 9
9. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. “Informe Final Línea Basal de Mortalidad Materna para el año 2000” Guatemala marzo 2003. pp 8, 9,
10. Laura E. Asturias. “Salud: ¿Hasta cuándo habrá que mendigarla? ADITAL, pp 1-2

<http://www.adital.org.br/asp2/noticia.asp?idioma=ES&noticia=7067> Acceso Google 28 agosto 2003

11 Nancí Franco de Méndez. “Mortalidad Materna en Guatemala: Una Tragedia Evitable”, Biblioteca Virtual en Población Centro Centroamericano de Población, Junio 2003. pp 1-5

<http://www.prb.org./spanishtemplate.cfm> Acceso Google 16 noviembre 2003

12 Organización Panamericana de la Salud. “Estrategia Regional para la Reducción de la Morbilidad y Mortalidad Materna” Washington D.C. Septiembre 2002, pp 5-18

13 Organización Panamericana de la Salud. “Reducir la Mortalidad Materna es Prioridad diaria, de la OPS “Washington D.C. mayo 2002, pp 1-3

<http://www.ops/informacionprensa/tematicas/reduciendomortalidadmaterna/doc>

Acceso Geoogle 17 mayo 2003.

14 Marcela Ortiz, et al. “Mortalidad Materna en el Siglo XXI” pp 1-3

<http://www.mujereshoy.com/secciones/769.shtml>. Acceso Geoogle 16 agosto 2003.

15 Pedro Nel Beitia C., et al. “Mortalidad materna en Cali, 1998” Boletín, 1999. pp 1-5

[http://w.w.w.\\_\\_\\_\\_promosaludcali.gov.co/boletín/materna.html-24](http://w.w.w.____promosaludcali.gov.co/boletín/materna.html-24). Acceso Google 07 junio 2003.

16 Ministerio de Salud de Colombia. “Panorama de la Mortalidad Materna en Colombia 1995 – 2000; Logros, Fracasos, Compromisos y Retos (parte II Semana Epidemiológica No.38, septiembre 16-22 de 2001, pp 1-5

[http://www.col.ops-omsorg/sivigila/2001/Boletin38\\_2001htm](http://www.col.ops-omsorg/sivigila/2001/Boletin38_2001htm) Acceso Google junio 2003.

17 Daniela Días, et al “La Mortalidad Materna: un Problema sin Resolver” Documento 2001. pp 1-8

<http://www.Siyanda.org/docs./muerte-%20materna.pdf-viewas> Acceso Google 28 junio 2003.

18 Aleyda Aguirre. “Prevenir Mortalidad de Madres Indígenas: Obligación del Estado Artículo junio 2003. pp 1-3

[http://www.jornada.unam.mx/2003/jun03/030602/articulos/58\\_mortalidadindig.htm](http://www.jornada.unam.mx/2003/jun03/030602/articulos/58_mortalidadindig.htm)

Acceso Google 28 agosto 2003.

- 19 Comunicación e Información de la Mujer, A C (CIMAC). “Enfrentan Indígenas Hasta Casi Seis Veces Mas Riesgo Muerte Materna”, marzo 2003 pp 1  
<http://www.andar.org.mx/notas7.htm>. Acceso Google 28 agosto 2003.
- 20 Mercedes Ballesté Gálvez. “Analizando la Mortalidad Materna en el Distrito Federal, Desde una Perspectiva de Género”, julio 2003, pp1-8  
<http://www.laneta.apc.org/foropob/boletines/balleste.doc>. Acceso Google 28 agosto 2003.
- 21 Claudio Stern, Ph.D.”El Embarazo en la Adolescencia Como Problema Público: Una Visión Crítica. Pp 1-10  
<http://xipe.insp.mx/salud/39/392-7s.html> Acceso Google 28 agosto 2003
- 22 Gabriela Navarro. “Aborto Primera Causa de Muerte” De la redacción de la nación, pp1-3  
[http://www.convencion.org.uy-¿Quiénes\\_somos?/menu4-383.htm](http://www.convencion.org.uy-¿Quiénes_somos?/menu4-383.htm) Acceso Google  
16 noviembre 2003.
- 23 Ministerio de Salud de Nicaragua. “Muerte materna” Boletín Epidemiológico Nicaragua semana 1-20, 2001, pp 1-3  
<http://www.minsa.gob.ni./vigepi/html/boletin/2001/semana20/editorial20htm>  
Acceso Google 16 noviembre 2003.
- 24 Ministerio de Salud de Nicaragua. “Mortalidad Materna” Boletín Epidemiológico Nicaragua semana 43, 2000, pp 1-3  
<http://www.minsa.gob.ni./vigepi/html/boletin/2000/semana43/editorial20htm>  
Acceso Google 28 agosto 2003.
- 25 OPS Nicaragua. “Reduciendo La Mortalidad Materna en Nicaragua” Documento 1999, pp 1-6  
<http://www.ops.org.ni/opsnic/tematicas/s-sexual/downloads/reduciendo-mortalidad-materna-nic.doc>. Acceso Google 16 de noviembre 2003.
- 26 Organización Mujer Moderna. “Para Reducir la Mortalidad Materna y el Aborto Inseguro: Exigencias al Gobierno Peruano”, Lima septiembre 1999, pp 1-4  
<http://www.Modermmujer.org/EL-ESTANTE/web's/fundar.htm> Acceso Google 28 de junio 2003.
- 27 Organización Mundial de la Salud. “Reducción de la Mortalidad Materna” Ginebra 1999, pp 1-43

- 28 Carlos Santarelli, OPS. “Reducir los Riesgos del Embarazo” Ginebra Noviembre 2002, PP 1-57
- 29 Care Internacional. “Mortalidad Materna” New York,1998,  
<http://www.safemotherhood.or> Acceso Google 28 junio 2003.
- 30 Fred Sai. “Maternidad sin Riesgo” Ginebra OMS 2001, pp1-9  
<http://www.measurecomunication.org> Acceso Geogle 28 junio 2003.
- 31 .Carla AbouZahr, et al. “La Mortalidad Materna al Termino de una Década: ¿Hay indicios de Progreso?” Boletín OMS, 2001, 79 (6):561-568, recopilación de artículos No. 5 2001
- 32 Nanci L. Sloan, et al.”Etiologia de la Mortalidad Materna en los Países en Desarrollo: ¿Qué Valor Tienen las Autopsias Verbales?” Boletín de la OMS No. 2002, pp 89-94
- 33 Kenneth Hill, et al. “Estimaciones de la Mortalidad Materna” Boletín de la OMS, Recopilación de artículos No. 5 2001, pp 15-26
- 34 OPS. “Un Mundo Mejor para Todos – Mortalidad Materna, 2000, pp 1-2  
<http://www.paris21.org/betterworld/spanish/maternal> Acceso Google 14 junio 2003
- 35 Jorge Peláez. “Adolescentes Embarazadas: Características y Riesgos” junio 2000, pp 1-4  
<http://www.Cemera.uchile.cl/iii1adolescente.doc> Acceso Google 14 junio 2003.
- 36 Cristina Herdman. “Necesidades Insatisfechas” Washington, mayo 2000, pp 1-4  
<http://www.med.une.edu> Acceso Google 12 julio 2003.
- 37 Román Gonzáles. “Cada Año Mueren 515 Mujeres por Complicaciones de Embarazo en el Mundo” México, septiembre 2001, pp 1-2  
<http://www.agenciadeinformacion.mx/noticiasdedia/htm> Acceso Geogle agosto 28 2003
- 38 Ministerio de Salud Perú. “Alto Riesgo Reproductivo” Perú, junio 1998, pp 1-4  
<http://www.ministeriosaludperu./ordoc/saludsexual/htm> Acceso Google 07 junio 2003.
- 39 Marie Lynne Tyndall. “Mortalidad Materna: La Maternidad Segura se Encuentra en el Protagonismo de las Mujeres Mismas” México 2001, pp 1-6

<http://www.midwiferytoday.com/articles/mortasp.asp-54k> Acceso Google 12 julio 2003.

40 Valeria Gonzáles. “Cada Minuto Muere una Mujer en el Mundo por Embarazo” Nicaragua 2001, pp 1-2

<http://www.-nilaprensa.com.ni/archivo/2001/abril/27/nacionales/nacionales-20010427-03.html> Acceso Google 12 junio 2003.

41 Juan R. Issler. “Embarazo en la Adolescencia” Revista de Postgrado de la Cátedra VIa Medicina No. 107- agosto 2001, pp 11-23

<http://www.med.unne.edu.ar/revista/revista107/emb-adolescencia.html>  
Acceso Google 12 junio 2003.

## **HOJA DE CONSENTIMIENTO.**

### **ESTUDIO SOBRE FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A MORTALIDAD MATERNA.**

**Nombre del supervisor responsable del estudio:**

Benjamín Estuardo Contreras Estrada.

**Nombre de la Institución que patrocina el estudio:**

Dirección de Área de Salud Ixcán. (Apoyará el estudio)

El Área de Salud de Ixcán del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, desarrollara una investigación sobre causas de Riesgo Asociados a Mortalidad Materna en el municipio, el objetivo del estudio es identificar las posibles causas que han contribuido a la muertes de la mujer embarazada, que fueron un total de 38 durante el periodo comprendido de 01 de enero de 1998 al 31 de diciembre del 2003

Para el logro de los objetivos del estudio requiere de su ayuda, que consistirá en facilitarme información la cual se analizará; posteriormente plantearles algunas respuestas sobre algunos factores que puedan estar relacionados con la muerte de su familiar.

La información que usted me proporcione será confidencial, y será utilizada exclusivamente en la investigación, para determinar los factores de riesgo, que pueden estar asociados a las muertes maternas en el municipio, el tiempo que durará la entrevista será breve y solo será en esta oportunidad que tomaré toda la información.

Los beneficios que obtengamos de los resultados del estudio, contribuirán a desarrollar intervenciones desde los servicios para disminuir las muertes maternas en el municipio.

Antes de seguir adelante quiero saber si usted está de acuerdo en ayudarme a que descubramos estas causas y con ello poder contar con información que ayudará a

desarrollar intervenciones que se traduzcan en la disminución de este importante daño a la salud.

Está dispuesto a colaborar: SI  NO

Nombre del entrevistado: \_\_\_\_\_

Huella digita

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y CENSOLOGÍA  
COLECCIÓN DE DATOS

Estudio para determinar factores de riesgo asociados a mortalidad materna en el municipio de Ixcán, el Quiché.

Fecha de investigación: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Numero de cuestionario: \_\_\_\_\_

CASO:  CONTROL:

## II. Datos generales del informante

Nombre: \_\_\_\_\_

Parentesco: Viudo  Suegra  Otro \_\_\_\_\_

Residencia: \_\_\_\_\_

## III. Datos Generales Caso/Control

Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Fecha de

defunción: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Fecha de Parto: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Diagnostico de

muerte: \_\_\_\_\_

Residencia: \_\_\_\_\_

## IV. Variables del estudio:

### 1. Factores Reproductivos:

#### 1.1 Paridad

Nulípara:  Primípara  Secundigesta   
Multípara:

**1.2 Partos previos:**

0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10  > de 10

**1.3 Abortos:**

0  1  2  3  4  5  > de 5

**1.4 Cesáreas:**

0  1  2  3

**1.5 Período Inter. Genésico:**

}

< 1 año  1 año  2 años  3 años  4 años  5 años  más de 5 años

**2 Factores Sociodemográficos:**

**2.1 Procedencia:**

Urbana  Rural

**2.2 Accesibilidad geográfica**

< de 5 Km.  De 5 a 10 Km.  De 10 a 20 Km.  De 20 a 30 Km.

De 30 a 40 Km.  De 40 a 50 Km.  De 50 a 60 Km.  Más de 60 Km.

**2.3 Grupo étnico:**

Kekchí  Kakchiquel  Uspanteco  Man  Quiché  Ixil

Poptí  Acat   huj  Achí  Poconchí   
Canjobal

Ladino  Pocoman

**2.4 Analfabetismo:**

Alfabeto  Analfabeta

**2.5 Escolaridad:**  
Primaria completa  Primaria incompleto  Básico  Básico incompleto

Diversificado  Diversificado incompleto  Universitaria   
Universitaria incompleta

**2.6 Religión:**

Católica  Evangélica  Testigo de Jehová  Sabatista  Mormona   
Sin Religión  Otra

**3. Factores Obstétricos:**

**3.1 Control Prenatal:**

Con control  Sin Control

**3.2 Edad Gestacional:**

< De 20 semanas  > de 20 semanas

**3.3 Lugar de atención de parto:**

Comunidad: Domicilio <input type="checkbox"/>	Institucional: <input type="checkbox"/>
P/S <input type="checkbox"/>	P/C <input type="checkbox"/>
C/S <input type="checkbox"/>	C/S <input type="checkbox"/>
C/C <input type="checkbox"/>	C/C <input type="checkbox"/>
Maternidad cantonal <input type="checkbox"/>	Maternidad Cantonal <input type="checkbox"/>

**3.4 Persona que atendió el parto:**

Comadrona  Médico  Auxiliar de Enfermería  Promotor de Salud

Empírico  Enfermera Profesional

**3.5 Hemorragia:**

Con hemorragia  Sin hemorragia

**3.6 Fiebre:**

Con fiebre  Sin fiebre

**3.7 Convulsión:**

Con convulsión  Sin convulsión

**V. Nombre del investigador:** \_\_\_\_\_

Observaciones: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



