

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO**

**CARACTERIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE MORTALIDAD
MATERNA, MUNICIPIO DE SAN PEDRO CARCHÁ,
ALTA VERAPAZ**

BLANCA ADELINA AC CHUB

TESIS

**Presentada ante las autoridades de la
Facultad de Ciencias Médicas/Maestría en Ciencias en Salud Pública
Para obtener el grado de
Maestra en Ciencias en Salud Pública con Énfasis En Gerencia De los
Sistemas y Servicios de Salud**

Guatemala, Febrero 2012



Facultad de Ciencias Médicas Universidad de San Carlos de Guatemala

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HACE CONSTAR QUE:

La Licenciada: Blanca Adelina Ac Chub

Carné Universitario No.: 100018555

Ha presentado, para su EXAMEN PÚBLICO DE TESIS, previo a otorgar el grado de Maestro en Salud Pública con Énfasis en Gerencia de Sistemas y Servicios de Salud, el trabajo de tesis **"Caracterización epidemiológica de mortalidad materna. Municipio de San Pedro Carchá, Alta Verapaz"**.

Que fue asesorado: Licda. Juana Marta Hernández de Vaides

Y revisado por: Dra. Cízel Ixbalanqué Zea Iriarte

Quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite, la ORDEN DE IMPRESIÓN para marzo 2012.

Guatemala, 08 de marzo de 2012

Dr. Carlos Humberto Vargas Rey, MSc.

Director
Escuela de Estudios de Postgrado

Dr. Luis Alfredo Ruiz Cruz MSc.

Coordinador General
Programa de Maestrías y Especialidades

/lamo



Universidad de San Carlos de Guatemala
Facultad de Ciencias Médicas
Escuela Estudios de Postgrado
Maestría en Ciencias en Salud Pública



Guatemala, 19 de septiembre 2011

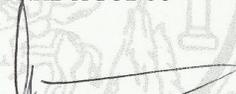
Doctor
Joel Eleazar Sical Flores
Coordinador Maestría en Ciencias en Salud Pública
Escuela estudios de Postgrado
Facultad de Ciencias Médicas
Presente

Estimado Doctor Sical:

Para su conocimiento y efectos le informo que luego de revisar el informe final de tesis presentando por la estudiante Blanca Adelina Ac Chub, carné: 100018555, titulado "*Caracterización epidemiológica de mortalidad materna, Municipio de San Pedro Caracha, Alta Verapaz*". El mismo cumple con los requisitos establecidos por el Programa de Maestría en Ciencias en Salud Pública.

Agradeciendo la atención a la presente de usted. Cordialmente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"


Dr. Alfredo Moreno Quiñónez
Profesor Área de Investigación
Maestría en Ciencias en Salud Pública
Escuela Estudios de Postgrado
Facultad de Ciencias Médicas

C.c. Archivo



UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CENTRO UNIVERSITARIO DEL NORTE CUNOR
COBAN, ALTA VERAPAZ



Cobán, Alta Verapaz 25 de octubre del 2010

Dr. Mario Rodolfo Salazar Morales
Coordinador
Maestría en Ciencias en Salud Pública
Presente

Respectable Dr. Salazar:

Por este medio me dirijo a usted para informarle que he revisado el informe final del trabajo de tesis presentado por la Licenciada Blanca Adelina Ac Chub titulado: **Caracterización epidemiológica de mortalidad materna, municipio de San Pedro Carcha Alta Verapaz**, el cual cumple con los requisitos académicos requeridos por el programa de Maestría.

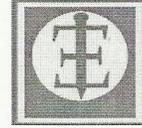
Deferentemente


Licda. MA Juana Marta Hernández de Vaidés
AseSORA de tesis

Colegiado E.L. - 076
Licda. Juana Marta H. de Vaidés
ESPECIALIDAD EPIDEMIOLOGIA
COLEGIADO E.L.-076



Universidad de San Carlos de Guatemala
Facultad de Ciencias Médicas
Escuela Estudios de Postgrado
Maestría en Ciencias en Salud Pública



Guatemala, 09 de septiembre 2011

Doctor
Joel Eleazar Sical Flores
Coordinador Maestría en Ciencias en Salud Pública
Escuela de Estudios de Postgrado
Facultad de Ciencias Médicas

Estimado Dr. Sical:

Atentamente me dirijo a usted, en atención a la solicitud de revisión del Informe Final de Tesis titulada "Caracterización epidemiológica de mortalidad materna", Estudio retrospectivo descriptivo realizado en mujeres de diez a cincuenta y cuatro años, municipio de San Pedro Carchá, Departamento de Alta Verapaz, período de enero a diciembre del año dos mil nueve, de la estudiante Blanca Adelina Ac Chub, para que emita dictamen en calidad de revisora.

Me complace informarle que nuevamente he revisado el documento en donde la estudiante ha cumplido con los requerimientos señalados, así como, con la rigurosidad del método científico, por lo que me satisface emitir un dictamen favorable. En atención a lo anterior, la estudiante mencionada puede iniciar sus gestiones para someterse al examen de graduación.

De antemano, le agradezco la atención a la presente. Deferentemente,

Dra. Cizel Ixbalanqué Zea Iriarte
Profesora del Área de Gestión Social de la Salud
Maestría en Ciencias en Salud Pública

Adj. Informe Final de Tesis
C.c. Dr. Alfredo Moreno, profesor del Área de Investigación, Archivo



GUATEMALA - CENTRO AMERICA

Lic. MA Cayetano Ramiro de León Rodas
Director Consultor Col No. 345 – Humanidades
Docencia – Letras – Lingüística del Castellano.

AL SERVICIO DE LA COMUNICACIÓN
DEL IDIOMA CASTELLANO Y
RELACIONES INTERPERSONALES

Teléfono: 2434 – 1348
5242 – 8542
cedelincas@hotmail.com

Guatemala, 19 de octubre de 2011.

Maestría en Ciencias en Salud Pública,
Facultad de Ciencias Médicas,
Universidad de San Carlos de Guatemala,
USAC.

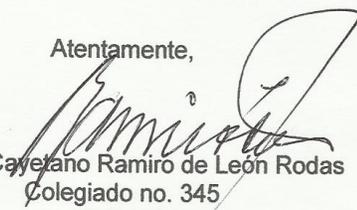
A quien interese.

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

BLANCA ADELINA AC CHUB

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

Atentamente,


Lic. MA Cayetano Ramiro de León Rodas
Colegiado no. 345
DIRECTOR



MA. Cayetano Ramiro de León Rodas
Colegiado No. 345
Letras - Lingüística

Servicios: Tesis – Documentos técnicos – USAC – URL – Lingüística –
Especialidades – RAE – Redacción – Ortografía – RRHH – RRPP.

2ª. Calle 39 - 95. Zona 7 Cotiá

RESUMEN

El propósito del estudio fue determinar las características epidemiológicas y factores determinantes que influyen en muertes maternas, establecer causas obstétricas de muerte, identificar las demoras que influyeron, verificar la existencia del Comité de emergencia activo y evaluar el plan de emergencia comunitario en comunidades donde ocurrieron muertes maternas. El estudio realizado es de tipo descriptivo, retrospectivo, transversal, se investigaron los casos de 16 muertes maternas directas, ocurridas y reportadas en el municipio de San Pedro Carcha, durante el año 2009, se realizó un análisis descriptivo univariado de los resultados. Éstos resultados muestran que las muertes maternas ocurrieron entre las edades de 31 y 40 años, en mujeres casadas, de religión católica, indígenas, de habla Q'eqchi', procedentes de comunidades rurales, sin ningún tipo de estudio y se dedicaron a ser amas de casa, ocupación no remunerada. La causa de muerte materna, en su mayoría, de los casos, obedecieron a hemorragias post parto, seguido de hipertensión arterial, influidos por la primera y segunda demora, la mayoría de las comunidades cuentan con un comité de emergencia comunitario pero no activos, 4 comités cuentan con planes de emergencia comunitaria, actualizados, con evidencia de intervención en casos de emergencia y sociabilizados con las familias de comunidades.

AGRADECIMIENTO

A Dios, por otorgarme la vida y darme el privilegio de alcanzar mis metas.

Al Ministerio de Salud Pública, por darme la oportunidad de seguir formándome.

A Organización Panamericana de la Salud, por su apoyo económico a través del proyecto ASDI III.

A mis padres, Daniel y Adelina, por sus oraciones, paciencia y ternura.

A mi esposo, Luis Alberto por su paciencia durante mi formación.

A mis hijas e hijo, Diasnelly, Dania, Daniela y Daniel, para motivarlos a vencer obstáculos para el logro de sus metas.

A mis hermanas - os, David, Marta, Daniel, Otoniel, Melva y Lidia (QPD), como un ejemplo de lucha e invitándolos a ser perseverantes en la vida.

A mis Cuñadas, Olivia, Estela y en especial a Josefina por su apoyo incondicional.

A mis sobrinas - os, como estímulo para continuar estudiando y alcanzar sus ideales.

A mis docentes por su paciencia, en especial al Dr. Alfredo Moreno por su ahínco y sabias enseñanzas.

A mis colegas y compañeras - os de trabajo, como una muestra de perseverancia y tenacidad.

A mis amigos -as, por su apoyo incondicional y oportuno.

A la Dirección de Área y Distrito de Salud de San Pedro Carcha, Alta Verapaz, por permitirme realizar el presente estudio, esperando aportar con ello información que contribuya a reducir la razón de muerte materna en el municipio.

Índice de Contenido

Resumen	i
Agradecimiento	ii
Capítulo I Introducción	1
Capítulo II Antecedentes	5
Capítulo III Objetivos	64
Capítulo IV Materiales y métodos	65
Capítulo V Resultados	80
Capítulo VI Discusión	107
Conclusiones	130
Recomendaciones	132
Referencias Bibliográficas	134
Anexos	143

Índice de Tablas

Tabla 1. Características socio demográficas.	81
Tabla 2. Signos y señales que presentó la mujer	82
Tabla 3. Causas obstétricas de muerte materna	83
Tabla 4. Conocimiento de los signos y señales de peligro en entorno familiar.	84
Tabla 5. Presencia de problemas de salud durante el embarazo	85
Tabla 6. Signos y señales de peligro que identificaron las personas en entorno familiar	86
Tabla 7. Persona que reconoció los signos y señales de peligro	87
Tabla 8. Plan de emergencia familiar elaborado por personal de salud	88
Tabla 9. Persona que decidió buscar ayuda para atender la emergencia obstétrica	89
Tabla 10. Persona que acudió para atender la emergencia obstétrica	90
Tabla 11. Tiempo que transcurrió para atender la emergencia	91
Tabla 12. Tiempo entre la comunidad y el servicio de salud para la solución de la emergencia obstétrica	92
Tabla 13. Características de las vías de acceso de las comunidades hacia los servicios de salud	93
Tabla 14. Vía rápida de comunicación entre la comunidad y los servicios de salud	94

Tabla 15. Asistencia a servicio de salud para atender la emergencia obstétrica	95
Tabla 16. Tiempo de espera en el servicio de salud para ser atendida.	96
Tabla 17. Persona de salud que brindó la atención	97
Tabla 18. Condición de ingreso al servicio de salud	98
Tabla 19. Procedimiento realizado durante la atención de la emergencia obstétrica	99
Tabla 20. Tiempo del fallecimiento desde el ingreso al servicio de salud	100
Tabla 21. Lugar donde fallecieron las mujeres por causas obstétricas	101
Tabla 22. Explicación del por qué las mujeres fallecen, según las personas entrevistadas	104
Tabla 23. Acciones para reducir las muertes maternas	105
Tabla 24. Recomendaciones brindadas por la persona entrevistadas, dirigidas a familias de comunidades	106

Índice de Textos

Texto 1. Transporte que se utilizó de la comunidad hacia los servicios de salud	93
Texto 2. Red telefónica en las comunidades	94
Texto 3. Servicio de salud donde fue atendida la mujer con complicaciones obstétricas	95
Texto 4. Servicio de salud donde falleció la mujer por causas obstétricas	101
Texto 5. Existencia de un comité para la atención de emergencias en comunidades	102
Texto 6. Conocen e identifican a los integrantes del comité para la atención de emergencias obstétricas	102
Texto 7. Participación de los integrantes del comité durante la atención de la mujer que presentó y falleció por complicaciones obstétricas	103
Texto 8. Existencia de plan de emergencia activo en las comunidades	103
Texto 9. Conocimiento del plan de emergencia activo por las familias	103
Texto 10. Importancia del apoyo del comité de emergencia de salud en las comunidades donde fallecen las mujeres por causas obstétricas	104

I. INTRODUCCION

La muerte materna es un problema social a nivel mundial, ocurre como consecuencia de complicaciones derivadas del embarazo, parto y post parto,⁽¹⁾ lo trágico “es que mueren durante un proceso de procreación normal”,⁽²⁾ indicador de “expresión clara de desigualdad que persiste entre países y dentro de las mismas fronteras nacionales”.^{(3) (19)}

Guatemala es país de Centro América que realiza esfuerzos por cumplir con el objetivo cuatro de desarrollo del milenio, reducir la mortalidad materna en sus tres cuartas partes con lo observado en 1991, la tendencia es de mantenerse en los mismos niveles,⁽³²⁾ además de presentar una brecha de subregistro que oscila entre el 42 y 66%, según Idrovo B, Bitrán R. en su análisis en el logro de los objetivos de desarrollo del milenio para salud en Guatemala. 2006, grave problema y latente que oculta la realidad del país⁽¹⁴⁾ mientras tanto, Guatemala tendrá que hacer un esfuerzo anual, mayor al 8.8 % para cumplir con la meta del milenio al 2015.⁽¹⁴⁾

Cada año muere un promedio de 600,000 mujeres en el mundo,⁽³⁾ en países de América Latina y el Caribe la razón es de 190 por 100,000 nacidos vivos, representa a 22,000 muertes por causa obstétrica, Guatemala en la Línea Basal de Mortalidad Materna -LBMM- del 2000, mostró una razón de mortalidad materna de 153 muertes por 100,000 nacidos vivos, durante los meses de enero - abril 2009, la razón incrementó a 248.2 por 100,000 nacidos vivos,⁽³²⁾ Alta Verapaz, en el mismo periodo presentó una razón de 208.09, el municipio de San Pedro Carchá presentó una razón de 334.90, la cual superó el nivel departamental y nacional.

La reducción de mortalidad materna en poblaciones indígenas representa una dificultad importante, aspectos culturales que suelen ser fuertes barreras para la atención,⁽⁸⁾ particularmente, el departamento de Alta Verapaz dadas sus características socio culturales: 76.61 % de ruralidad, 37.50 % de analfabetismo, 85 % de su población es indígena,⁽⁹⁾ San Pedro Carchá, es municipio que aporta entre el 20 y 23 % de muertes maternas para Alta Verapaz y se mantienen en los últimos 7 años, periodo en el que ocurrieron 104 muertes maternas, un promedio de 14 cada año, dejando un número considerable de niños en la orfandad.⁽¹⁰⁾

Se estima que entre 50 y 90% de las muertes maternas en Guatemala, son prevenibles, actualmente, las mujeres continúan muriendo por hemorragia, complicaciones del aborto, sepsis y eclampsia.⁽¹²⁾ Las causas de muerte materna reportadas para el año 2008, en el municipio de Carchá fueron las hemorragias 40 %, retención placentaria 40 % y pre eclampsia 20 %.⁽¹¹⁾

En el municipio de San Pedro Carchá no se han hecho estudios sobre las características epidemiológicas y factores determinantes que influyeron en las muertes maternas ocurridas, lo que representa un vacío de información para la gestión de los servicios de salud y no permite enfrentar el problema de manera técnica y se continúa poniendo en riesgo la vida de la mujeres.

El estudio realizado es de tipo descriptivo, retrospectivo y transversal, se investigaron 16 casos de muertes maternas directas, ocurridas y reportadas en el municipio de San Pedro Carchá, durante el año 2009, se realizó un análisis univariado de los resultados. El objetivo fue determinar las características epidemiológicas y factores determinantes que influyen en muertes maternas, establecer causas obstétricas de muerte, identificar las demoras que influyeron, verificar la existencia del comité de emergencia activo y evaluar el plan de emergencia comunitario en comunidades donde ocurrieron muertes maternas.

Los datos se recolectaron a través de una entrevista semi estructurada, previo consentimiento informado dirigido al familiar más cercano de la fallecida, realizada por personas de habla Q'eqchi', previamente capacitadas, los resultados muestran que las muertes maternas reportadas en el año 2009, ocurrieron en la edad reproductiva (31 y 40 años de edad) en mujeres casadas, de religión católica, indígenas, de habla Q'eqch'i, procedentes de comunidades rurales, sin ningún tipo de escolaridad en su mayoría y se dedicaron a ser amas de casa.

Las causas directas de muerte fueron por hemorragias post parto, hipertensión arterial, pre-eclampsia y eclampsia, sepsis puerperal, ruptura uterina, parto obstruido y otras complicaciones no especificadas, siendo prevenibles en su mayoría, evidenciando una interrelacion entre la primera y segunda demora como determinantes sociales claves que han influido en muertes maternas, porque las personas que se encuentran en el entorno familiar de la mujer con trabajo de parto no conocen los signos y señales de peligro y deciden buscar ayuda cuando advierten que hay riesgos o cuando la mujer manifiesta estar agotada.

El desconocimiento de los signos y señales de peligro en el hombre lo hacen actuar cuando la mujer manifiesta agotamiento, ubicándolo como un actor importante en el proceso de toma de decisiones en el hogar y una dependencia de la mujer

Las mujeres que presentaron emergencias obstétricas proceden de comunidades de difícil acceso, recorriendo entre 1 y 3 horas para llegar a los servicios de salud, traslados tardíos ingresando, finalmente, en estado grave e inconsciente.

Existen comités de emergencia formados en las comunidades donde ocurrieron muertes maternas pero solo 4 de ellos son activos porque cuentan con un plan de emergencia actualizado e intervinieron en el traslado de la emergencia obstétrica, planes que se encuentran socializados a la comunidad y en el entorno familiar, además de estar ubicados en lugar visible.

Reducir la razón de mortalidad materna es un desafío para Guatemala, para Alta Verapaz y especialmente para el municipio de San Pedro Carcha, porque deben incidir fuertemente en factores determinantes que demoran el cumplimiento de una obligación exigible para salvar la vida de una mujer en estado de gestación, acciones encaminadas al abatimiento de las cuatro demoras integralmente para brindar una atención oportuna y de calidad, así como establecer mecanismos de educación y movilización de la comunidad a los servicios de salud preparados en el abordaje de emergencias obstétricas.

II. ANTECEDENTES

A. Fundamentación teórica

La mortalidad en general es una de las variables de mayor relevancia entre los estudios de población ya que existen repercusiones que alteran la dinámica poblacional de una sociedad, “la muerte es el cese de las funciones vitales”⁽⁷⁾ entre las que se incluyen las muertes de la población en general y, especialmente, el de la mujer, que fallece por causas que se relacionan con el embarazo, parto o puerperio, a lo que se le denomina mortalidad materna.

Blanco Muñoz J. en su estudio, sobre mortalidad materna, se refiere a la causalidad de la mortalidad materna y recomienda que debe comprenderse desde dos ángulos, el clínico y el social, desde el punto de vista clínico, la mayoría de las muertes se produce por una muerte obstétrica directa, principalmente, por hemorragias y desde el punto de vista social, indica que existen condicionantes que colocan a ciertas mujeres en situaciones de alto riesgo en la que se reconoce que la mujer sufre por su condición jurídica, acceso a la educación, empleo, recursos financieros y a la atención en salud.⁽⁵⁷⁾

Según la teoría de Mahmoud Fathalla Médico Egipcio “Las mujeres no se están muriendo a causa de enfermedades incurables; se están muriendo porque, en ciertas sociedades, aún no se ha decidido que vale la pena salvarles la vida.”

Los factores determinantes de una muerte materna pueden estar relacionados con el contexto social, entre los cuales se destaca: el estado de

inferioridad económica, educativa, legal o familiar de la mujer y los servicios de atención materna, actualmente se evidencia que son el resultado de un conjunto de problemas sociales porque ocurren por la falta de acceso a los beneficios de la medicina moderna o por una aplicación deficiente de los conocimientos y tecnologías disponibles en el manejo del embarazo, parto y puerperio.⁽²⁾

Amartya Sen, miembro de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, Señaló que “la equidad en salud no concierne únicamente a salud, vista aisladamente, sino que debe abordarse desde el ámbito más amplio de la imparcialidad y la justicia de los acuerdos sociales, incluida la distribución económica, prestando la debida atención al papel de salud en la vida y la libertad humana.⁽⁴⁾

Por todo ello, la muerte materna ha sido reconocida como un problema social en la medida que su ocurrencia está ampliamente relacionada con pobreza y marginación, también es un problema de salud pública debido a que refleja las deficiencias en el acceso y la calidad de los servicios de atención a la salud materna.

De acuerdo con las variables sociales y biológicas, se concluye que las mujeres de clases sociales más bajas, con menor educación, en los extremos de la edad con alta paridad y antecedentes de patologías previas, constituyen grupos de riesgo.⁽⁵⁷⁾

Los estudios epidemiológicos demuestran que las personas de las clases sociales más aventajadas viven con menor número y gravedad de enfermedades, lamentablemente, estas diferencias de mortalidad, según clase social, están aumentando y no disminuyendo.

Las causas de esta influencia del estatus en la salud son múltiples, pero se ha visto que tanto salario como jerarquía laboral, como años de escolarización, se encuentran entre los factores más importantes.⁽⁵⁾

Beaglehole R, Bonita R. Indica que en el campo de la salud, el conocimiento de las causas de la enfermedad es importante no sólo para su prevención, sino también para el diagnóstico y la aplicación del tratamiento adecuado.

Teoría de los determinantes sociales

El concepto de determinantes sociales surge con fuerza desde hace dos décadas, ante el reconocimiento de las limitaciones de intervenciones dirigidas a los riesgos individuales de enfermar, que no tomaban en cuenta el rol de la sociedad. Los argumentos convergen en la idea que las estructuras y patrones sociales forman u orientan las decisiones y oportunidades de que los individuos sean saludables.

Lalonde en 1974, identificó como determinantes claves a los estilos de vida, el ambiente, la biología humana y los servicios de salud, en un enfoque que planteaba explícitamente que la salud es más que un sistema de atención, destacó también la discordancia entre esta situación y la distribución de recursos y los esfuerzos sociales asignados a los diferentes determinantes.

A partir de esa fecha, se ha ido aprendiendo mucho más, en particular sobre los mecanismos en que los factores sociales afectan a la salud y la equidad, lo que ha permitido expandir este marco básico.⁽⁴⁾

Peter Frank, Virchow y Ramazzini (siglo XIX) (Pina, 1990). Máximos representantes de dicho modelo, refieren que el elemento central de análisis, es que la salud-enfermedad se genera en las condiciones sociales de trabajo, de vida del hombre y de cada conjunto poblacional, tomando en cuenta como variables determinantes el estilo de vida, factores del agente y factores del ambiente, con énfasis a lo social como el factor más importante que explica la aparición y el rol de otros factores participantes.⁽⁴⁾

El marco conceptual de la teoría incorpora al sistema de salud como un determinante social más porque, por una parte, el deterioro o mejora del estado de salud tienen un efecto de retroalimentación respecto a la posición socioeconómica, por ejemplo el ingreso y, por otra, el sector salud tiene un rol importante en promover y coordinar políticas de acción sobre determinantes sociales.⁽⁴⁾

La comisión sobre los determinantes sociales de la salud (OMS, 2005) distingue tres tipos de Determinantes:

Los determinantes estructurales: contemplan el estudio de los mecanismos que conducen a la creación de inequidades socio-económicas, que incluye las variables, ingreso, educación, género y etnia, usadas comúnmente para la estratificación de la sociedad, es un determinante de las oportunidades que éste tendrá para satisfacer sus necesidades de salud y, por tanto, es un determinante de su estado de salud.⁽⁴⁾

Los determinantes individuales: incluyen determinantes específicos del estado de salud de un individuo, refiriéndose a las características particulares de su modo de vida que determinan qué tan vulnerable es el individuo a sufrir enfermedades, por ejemplo: el pertenecer a un grupo de

mayor riesgo de enfermedad como los recién nacidos, mujeres embarazadas, etc.

Los determinantes asociados al sistema de salud; Incluyen el estudio de las condiciones de acceso, de oferta de salud, de calidad de los servicios de salud, entre otros criterios. La OMS sostiene que el sistema de salud debiera jugar un rol activo en la reducción de las inequidades en salud, considerando que éstas son el resultado de otras inequidades materiales y sociales.

En conclusión, la vulnerabilidad de un individuo, que es el resultado de los determinantes intermedios y del desempeño del sistema de salud; está estrechamente vinculada con la posición socioeconómica del individuo, dada por los determinantes estructurales.

El modelo sustenta que los miembros de grupos socioeconómicos más bajos viven en circunstancias menos favorables y tienen estilos de vida que hacen más probable el surgimiento de problemas de salud.⁽¹⁾

En teoría, la exposición a ciertos factores sociales como raza, género, y clase social o estado socio-económico, modificaría ciertos aspectos de la salud de una población determinada.

No es posible negar, a la luz de la evidencia existente, la necesaria relación entre estos factores sociales y la salud individual y grupal; la epidemiología, sin embargo, ha funcionado mejor al momento de documentar estas asociaciones que a la hora de pasar desde ellas hacia el establecimiento de mecanismos causales entre “condiciones sociales” y “problemas de salud”.

Es sumamente difícil establecer relaciones de causalidad unidireccionales entre salud y riqueza a partir de observaciones tangenciales, ya que en este tipo de fenómenos la secuencia temporal es uno de los datos fundamentales para detectar “causalidad”.⁽¹⁶⁾

Según la aplastante mayoría de los estudios realizados durante el siglo XX, la persona pobre es más enferma que la no pobre. Esto ocurre tanto en las naciones ricas como entre las subdesarrolladas.

Las relaciones de causalidad entre pobreza y enfermedad son, evidentemente, complejas; ahora bien, existe un enorme cúmulo de evidencias que sugiere una influencia negativa de la enfermedad en el crecimiento económico; y, por contrapartida, los estudios demuestran un efecto beneficioso de las inversiones en el campo de la salud, sobre las economías doméstica y nacional.⁽⁵⁾

La expresión «determinantes sociales» resume pues el conjunto de factores sociales, políticos, económicos, ambientales y culturales que ejercen gran influencia en el estado de salud”.⁽⁵⁾ en la distribución inequitativa de la riqueza la cual provoca distintos niveles de oportunidades en el acceso a la educación, al trabajo, así como a servicios de salud de calidad.^{(6) (7)}

Uno de los problemas de salud que se asocian con las condiciones de vida de la población es sin lugar a dudas la atención a la salud materna, la cual se manifiesta en un hecho por demás lamentable y que refleja la inequidad en las condiciones de vida entre países subdesarrollados como el de Guatemala, especialmente el departamento de Alta Verapaz.⁽¹⁶⁾

B. Marco Conceptual

B.1. Muerte materna

B.1.1. “Es la defunción de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del embarazo, debido a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención pero no por causas accidentales o incidentales”.⁽³⁾

B.1.2. “Es la defunción de una mujer durante la gestación, el parto o durante los siguientes 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de su localización anatomofisiológica, relacionada o agravada por el proceso de embarazo mismo, del parto, el puerperio o su atención” (CIE – 10,000-0 094).

B.1.3. Muerte materna tardía: “Es la defunción de una mujer entre los 42 días y los 365 días después de la terminación de la gestación”. (CIE – 10, 096).

B.1.4. “Muerte materna relacionada con la gestación: “Es aquella que ocurre durante o hasta los 42 días de terminada la gestación por causa no especificada”. (CIE 095).

B.2. Causas obstétrica de muerte materna

B.2.1. Es una enfermedad o lesión que inicia un proceso de acontecimientos durante la gestación, parto o puerperio, que conducen y dan lugar al deceso de una mujer.⁽⁶⁹⁾

B.2.2. Muerte Prevenible: Son aquellas muertes maternas que sucedieron debido a un manejo inadecuado, descuido en su atención hospitalaria, diagnóstico incorrecto, falta de recursos materiales o humanos para la atención.⁽⁶⁷⁾

B.3. Características Socio demográficas

B.3.1. Edad: Tiempo o espacio que ha vivido una persona de acuerdo a su edad biológica

B.3.2. Edad: Grado de desarrollo intelectual de una persona, determinado por pruebas de inteligencia en relación con su edad biológica.⁽¹⁾

B.3.3. Estado civil: Condición que tipifica a una persona en relación con los derechos y obligaciones civiles en la organización de la comunidad.⁽¹⁾ Los principales estados civiles son: la nacionalidad y el matrimonio. (Soltera, viuda, casada, unida).⁽⁶⁹⁾

B.3.4. Escolaridad: Nivel de educación o grado de estudios que una persona alcanza de acuerdo a su edad. ⁽¹⁾

B.3.5. Indígena: Término que se aplica a una persona y a todo aquello que es relativo a una población originaria del territorio que habita.⁽⁵⁾

B.3.6. Etnia: Comunidad natural de hombres y mujeres que presentan ciertas afinidades raciales, lingüísticas, religiosas o culturales

B.4. Las demoras que influyen en una muerte materna

Son causas médicas o no médicas que influyen como factores determinantes en la demora del cumplimiento o no de una obligación exigible y como consecuencia ocasionar la muerte materna.

Tardanza en el cumplimiento de una obligación desde que es exigible.

Incumplimiento u omisión que ocasionó la insuficiente calidad con la que se dio un servicio indispensable para evitar el fallecimiento de las muertes maternas.

Ruta Crítica

Proceso lógico de actividades que se debe seguir para evitar, oportunamente, un daño.

Secuencia de actividades que de realizarse previene la muerte o morbilidad severa de una mujer que presenta complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio.^{(59) (62) (68) (69)}

Eslabones críticos:

Son servicios cuyas fallas están asociadas a la muerte materna.

Crítico: Es un concepto que incluye dos connotaciones: por una parte en el sentido de que su falla contribuye a la mortalidad y la otra que su mejora es crucial, para evitar la muerte materna de otra mujer que llega en condiciones similares.⁽⁵⁹⁾

B.4.1. Primera demora: Se le confiere a la falta de reconocimiento de los signos y señales de peligro que amenazan la vida de las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio.

B.4.2. Segunda demora: Es el reconocimiento de signos y señales de peligro por parte de la mujer embarazada y por la familia, sin embargo, su condición de inequidad de género no le permite asumir su derecho a ejercer una toma de decisiones por sí misma para buscar una atención oportuna y calificada.⁽²⁾

B.4.3. Tercera demora: Es la brecha o limitación que existe entre la comunidad y un servicio de salud, tomando en cuenta el acceso a las vías de comunicación y transporte para la atención de la emergencia obstétrica y otras que se presentan en la comunidad.

B.4.4. Cuarta demora: Atención deficiente y retardada por falta de competencia de los proveedores de servicios de salud o por falta de insumos y equipo médico – quirúrgico apropiado.^{(61) (64) (67) (69)}

B.5. Comité de emergencia

Grupo de personas que se organizan para dar respuesta a las limitaciones encontradas para la atención y evacuación de emergencias de salud, con prioridad a las emergencias obstétricas que ocurren en la comunidad.⁽⁶⁶⁾

B.5.1. Participación comunitaria: “Es el proceso mediante el cual los individuos y familias asumen la responsabilidad ante su salud y su bienestar, así como por la salud de la comunidad y desarrollan la

capacidad de contribuir, activamente, a su propio desarrollo y al de su comunidad.⁽⁶⁶⁾

B.5.2. Plan de emergencia comunitario: Instrumento que identifica los problemas actuales de los habitantes de la comunidad y acciones que se ejecutarán en caso de emergencias.⁽⁶⁶⁾

B.6. Aspectos culturales

El antropólogo Clifford Geertz, considera que “la cultura es una ciencia interpretativa en busca de significaciones”.

Capacidad humana para adaptarse a las circunstancias.

Conjunto de valores, tradiciones, símbolos, creencias y modos de comportamiento dentro de un grupo social.⁽⁵⁾

C. Marco Referencial

1. Mortalidad materna

Es la defunción de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del embarazo, debido a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención pero no por causas accidentales o incidentales”.⁽⁴⁾

La décima clasificación de enfermedades 10,000-0 094, define la muerte materna como: “la defunción de una mujer durante la gestación, el parto o durante los siguientes 42 días a la terminación del embarazo, independientemente de su localización anatomofisiológica, relacionada o agravada por el proceso de embarazo mismo, del parto, el puerperio o su atención.

Incluye también dos clasificaciones, entre ellas las muertes tardías, definida como: “la defunción de una mujer entre los 42 días y los 365 días después de la terminación de la gestación”. (CIE – 10, 096) y la muerte materna relacionada con la gestación las cuales son aquellas que ocurren durante o hasta los 42 días de terminada la gestación por causa no especificada. (CIE 095)

Defunciones evitables que evidencian fallas en los procesos de desarrollo en los países de América Latina y el Caribe, porque los indicadores de mortalidad materna no han mejorado en los últimos 16 años y en algunos países cada vez es más grave.⁽¹⁶⁾

1.1. La mortalidad materna, un problema social

Está definido que la mortalidad materna es un indicador de desempeño internacionalmente aceptado para evaluar el cambio gradual de la lucha por eliminar la desigualdad social y el alcance de los resultados de un país.^{(16) (19)}

A nivel mundial existen diferencias socioeconómicas en los países de la región de América Latina, fuertemente marcados por la exclusión social. Entre los más pobres están los indígenas, los cuales sufren más riesgos de mortalidad materna en función de la falta de acceso a los servicios médicos y de salud por su limitada situación socioeconómica.⁽¹⁶⁾

La condición social de las mujeres en los países en vías de desarrollo es un factor fundamental que determina la mortalidad materna y ejerce un impacto dramático sobre los hogares ⁽²¹⁾ ya que más de 10 millones de madres y niños fallecen por causas prevenibles cada año en el mundo.

Se estima que cada minuto muere una mujer embarazada o durante el parto y que cada tres segundos fallece un niño o niña menor de cinco años, quienes han quedado en la orfandad.⁽³³⁾

Las mujeres en países con altas tasas de mortalidad materna, a menudo, ocupan una posición baja en la escala social y son víctimas de discriminación, pese a su enorme contribución a la subsistencia y supervivencia familiar,⁽³⁴⁾ aunado a su limitado acceso a los recursos materiales y a la educación básica cuando su nivel socioeconómico es bajo, limitándole a tomar decisiones sobre su maternidad salud y nutrición,⁽²¹⁾ problema social que debe ser abordado desde el punto de vista de tres dimensiones: la salud pública, la equidad social y los derechos humanos.

1.2. La mortalidad materna es un problema de salud pública

La mortalidad materna además de ser un problema social, es un tema relevante para la salud pública (Langer, 2002)⁽³⁰⁾ porque alrededor de la muerte de una mujer existen factores que condicionan su salud complicando el proceso natural del embarazo y del parto, especialmente,⁽⁷⁾ es, entonces, un compromiso de Estado que deben asumir con responsabilidad todos los sectores de la sociedad, acompañado del liderazgo del Ministerio de Salud, quien debe orientar las intervenciones prioritarias para dar cumplimiento al derecho a la protección de la maternidad y la vida de las mujeres.⁽⁵⁾

En la actualidad existe la oportunidad científica y tecnológica para que la mortalidad materna pueda ser prevenida y/o detectada oportunamente en un 92% a nivel mundial, especialmente en Latinoamérica, pero se requiere de la voluntad política de un país para mejorar y aplicar estrategias que mejoren los sistemas enfocados a la salud materna, centrando la vigilancia en el concepto de “muerte evitable”, por lo tanto, enfocar la vigilancia a identificar causas y determinantes para utilizarla como una herramienta imprescindible en la toma de decisiones que permitan adoptar medidas correctivas en los servicios de salud y en la comunidad.⁽²⁶⁾

2. Situación actual de la mortalidad materna

2.1. Situación de la mortalidad materna en el mundo

Contreras L. en su presentación, intervenciones basadas en la evidencia indica que cada año se reportan más de 500,000 muertes maternas a nivel mundial, una muerte cada minuto,⁽¹⁶⁾ 99 % de muertes en las mujeres suceden en los países en vías de desarrollo,⁽¹⁹⁾ se considera

que son muertes evitables al mejorar la salud materna a través de la creación de una cultura de desarrollo económico y social.⁽¹⁶⁾

Según Mahmoud Fathalla, Médico Egipcio, “Las mujeres mueren dando a luz porque las sociedades no consideran que sus vidas valen el costo necesario para salvarlas” la mayoría de los países en desarrollo no han logrado una reducción relevante de la mortalidad materna.⁽¹⁾ En América Latina, solo Argentina, Chile y Costa Rica presentaron reducciones sostenidas del indicador en el decenio de 1990,⁽²⁶⁾ y Estados Unidos siendo un⁽¹⁷⁾ país desarrollado no logró reducir la mortalidad materna conforme a lo programado en su política de salud reproductiva.^{(27) (28)}

El informe sobre la salud en el mundo OMS, registra que “para el año 2005 se reportaron 529.000 defunciones al año, lo cual hace una razón mundial de 400 defunciones maternas por 100 mil nacidos vivos al año”.⁽²³⁾ Sin embargo, los gobiernos han demostrado una indiferencia en no conocer la magnitud de la mortalidad materna porque en el estudio de Kestler manifiesta que existe escasez de datos que reflejen la realidad del problema.⁽⁸⁾

En 1987, sólo 75 de los estados miembros de la OMS pudieron proporcionar datos sobre mortalidad materna, de 117 países en desarrollo, 73 no presentaron la información, se considera entonces que existe un sub registro desde los años ochenta que agrava aún más la situación, porque no todos los datos son reportados y en la actualidad no se conoce una razón de muerte real a nivel mundial.⁽³⁴⁾

2.2. Situación y comportamiento de la mortalidad materna en América Latina y el Caribe

“Altas tasas de mortalidad materna son causadas por una secuencia de eventos de naturaleza socioeconómica, epidemiológica y de acceso a los programas y servicios de salud, afectando, fundamentalmente, a los grupos de menor ingreso y excluidos socialmente.”⁽¹⁶⁾

A pesar de los esfuerzos que se han realizado, sólo se alcanzaron mejoras insignificantes de la situación general y sólo 5 países de la región comunicaron haber logrado la reducción del 15% prevista para 1995.⁽²⁰⁾

En las Américas, a causa de las enormes diferencias sociales y económicas entre los países de la región, las cifras de mortalidad materna oscilan entre 4 y 523 por 100,000 nacidos vivos, valores extremos que marcan Canadá y Haití, respectivamente.⁽¹⁷⁾

En otros países de América Latina, también el estancamiento de la reducción de tasas de mortalidad materna, parece necesitar de un nuevo paradigma para el estudio de la misma.⁽²⁰⁾

Se estima que en América Latina cada año se realizan cuatro millones de abortos que provocan seis mil muertes maternas, fundamentalmente, en países como Argentina, Paraguay y Chile, seguidos de Colombia, Perú, Brasil, Panamá.⁽³²⁾

Anualmente, en América Latina y el Caribe mueren más de 22.000 mujeres por causas relacionadas con el embarazo y el parto: 190 muertes por cada 100.000 nacidos vivos, tendencia que se mantiene desde el año de 1995 al 2000,⁽³³⁾ el país con condiciones precarias es Haití, con 523 muertes

maternas por cada 100.000 nacidos vivos, comparado con Chile, con 23 por cada 100.000 nacidos vivos.⁽³³⁾

Es evidente que las mujeres que viven en los países en vías de desarrollo son los que se encuentran en mayor riesgo de morir por causas obstétricas, las que ocurren durante el embarazo, parto y puerperio y sigue siendo un reto para la región de América Latina y países de centro América entre los que se encuentra Guatemala, en donde la situación se agudiza gradualmente por su condición social y cultural.

2.3. Situación y comportamiento de la mortalidad materna en Centro América

Para el año 1990 la tasa de mortalidad materna en Guatemala fue de 200, Honduras 220, El Salvador 300, Nicaragua 160 y Costa Rica 55, todos por 100,000 nacidos vivos, ⁽¹⁶⁾ mientras que para el año 2000 los países de Centro América presentaron en el mismo orden una tasa de mortalidad materna de 240, 110, 150, 230 y 43 por 100,000 nacidos vivos, los datos muestran que en diez años de esfuerzo los países de Honduras, Salvador y Costa Rica redujeron la razón de muerte considerablemente, mientras que Guatemala y Nicaragua de acuerdo a los datos que se presentan, se observa un incremento para el año 2000.⁽¹⁶⁾

En el informe de la línea basal del año 2000, Guatemala presenta una razón de muerte de 160 por 100,00 nacidos vivos,⁽⁶⁾ mientras que otros autores presentan diferentes datos, lo que confirma el subregistro que existe y que es un problema latente que nos oculta la realidad, mientras tanto, Guatemala y Nicaragua tendrán que hacer un esfuerzo anual, mayor al 8.8 % para reducir la mortalidad materna y cumplir con la meta del milenio al 2015.⁽¹⁶⁾

Cabezas Cruz E, en su investigación “Evolución de la mortalidad materna en Cuba” realiza un análisis de las acciones implementadas en Cuba y que han sido efectivas en las últimas cinco décadas quien demuestra que se ha reducido la muerte materna en un 78.3 % desde 1950 hasta el año 2004, (1950 = 137.8 por 100.000 NV a 30.8 al 2004),⁽²⁴⁾ dentro del análisis se observa como las causas de mortalidad materna variaron para el mismo periodo, las primeras causas fueron las hemorragias y en segundo lugar los abortos, sin embargo para el 2004 las hemorragias pasaron a un segundo lugar.

Cabezas Cruz concluye que para lograr la reducción de la muerte materna es necesaria la intervención de todos los factores que constituyen el entorno cultural, social, económico, político y del sistema de salud de un sitio determinado.⁽²⁴⁾

Tyndall Lynne de M. En su investigación sobre mortalidad materna señala que ⁽⁵³⁾ el Istmo Centroamericano tiene una tasa de mortalidad materna de 109,2, sin embargo, existen inequidades entre países, muy marcado entre Guatemala (148,8 por 100,000) y Costa Rica (39,3 por 100, nacidos vivos). Cuba redujo la mortalidad materna considerablemente y se asemeja a Costa Rica, Guatemala es una país complejo que debe evaluar las intervenciones que ⁽⁵⁴⁾ Cabezas Cruz E, en su investigación “Evolución de la mortalidad materna en Cuba” recomienda, aunque sólo quedan cinco años para que Guatemala y Nicaragua se un a los cinco países para cumplir con los objetivos de desarrollo para el año 2015.

2.4. Situación y comportamiento de la mortalidad materna en Guatemala

Tzul A M, Kestler E, Hernández Prado B, Hernández Girón C. En su estudio Mortalidad materna en Guatemala: diferencias entre muerte hospitalaria y no hospitalaria ubica a Guatemala entre los 11 países con los más altos índices de mortalidad materna de Latinoamérica, según la Organización Mundial de la Salud (OMS).⁽⁸⁾

El comportamiento de la mortalidad materna en los últimos diecinueve años tiende a mantenerse en los mismos niveles, ya que para el año de 1990 la razón de muerte materna registrada fue de 103.1 por 100,00 nacidos vivos.⁽⁷²⁾

Schieber B. ME. GSD Consultores Asociados/Guatemala. En el estudio, estimación de la mortalidad materna en Guatemala a través de la metodología basada en aplicar a los datos oficiales del SIGSA del MSPAS un factor de ajuste a nivel nacional, estima que la razón de muerte materna para el año de 1996 fue de 184 muertes maternas por 100,000 nacidos vivos en promedio y de 186 para 1998.⁽¹²⁾

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, realizó un estudio de barreras para el acceso a la planificación familiar de la población indígena, además de la línea basal indican que la razón de mortalidad materna en Guatemala fue de 153 muertes maternas por 100,000 nacidos vivos en el año 2000.⁽³⁰⁾

Idrovo B, Bitrán R, realizó un estudio de análisis en el logro de los objetivos de desarrollo del milenio para salud en Guatemala, en donde evidencia que la meta de reducir la mortalidad materna en un 50 % para el año 2000, meta establecida entre los Acuerdos de Paz, no fue alcanzada.⁽²⁷⁾

Según el informe del desarrollo humano del 2005, donde se encuentran plasmados los objetivos del milenio, refleja que la razón de mortalidad materna en el año de 1989 fue de 248 por 100,000 nacidos vivos, observando una reducción para el año 2000 de 153 por 100,000 nacidos vivos de acuerdo al informe de Línea Basal. ⁽³²⁾

Para el año 2007 el Centro Nacional de Epidemiología, publica la situación de salud de Guatemala en la que se encuentra registrada que la razón de mortalidad materna disminuyó el 30% entre 1990 y el 2000 de 219 por 100,000 nacidos vivos a 153. ⁽²⁷⁾

Para el año 2007 la razón de mortalidad fue de 115 y para el 2008 fue de 119.77 por 100.000 nacidos vivos, según el análisis de la situación de la mortalidad materna en Guatemala, 2000 - 2009 realizada por Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social en su Semana epidemiológica No. 08. ⁽³²⁾

Idrovo B, Bitrán R. entre su estudio de análisis en el logro de los objetivos de desarrollo del milenio para salud en Guatemala, demuestra que a raíz de los compromisos priorizados en los Acuerdos de Paz y en los ODM, se han realizado estudios utilizando diversas fuentes y métodos de cálculo, que analizan la situación de la mortalidad materna en el país.

Entre estos métodos se pueden mencionar: el Método de las Hermanas aplicado por la ENSMI (1995). Medina (1989) y Kestler (1993-1996) utilizaron registros municipales como fuente primaria de información; OPS (1995), INCAP (1989), Schieber (1998) y Measure Evaluation (2000), se apoyaron de fuentes secundarias, factores de corrección por sub registro de acuerdo a las leyes públicas de Guatemala. Sin embargo, el MSPAS (2003) manifiesta que estudios anteriores sobre la razón de mortalidad

materna de muestran que en Guatemala existe un sub registro que oscila entre el 42 y 66%, problema grave que las autoridades deben resolver, pues se realizarán estudios para monitorear el avance de la RMM.⁽¹⁴⁾

Reducir la razón de mortalidad materna es un desafío difícil de lograr, pues, Guatemala deberá lograr una RMM de 62 por 100,000 nacidos vivos para el 2015.⁽³²⁾ y seguirá siendo un reto de continuar con los problemas de información y factores que no se han abordado en la actualidad.

En el Boletín informativo del grupo de apoyo Mutuo, Vida y Libertad No. 19, publicado en el año 2005, informa que Guatemala es el segundo país en tener permanentemente los niveles más altos de razón de mortalidad materna en Latinoamérica, pero los departamentos que contribuyen a dichos índices altos son: Sololá, Alta Verapaz, Huehuetenango, Totonicapán, Izabal, Quiché y Petén.⁽⁵⁹⁾

Guatemala, tendrá que fortalecer integralmente dichos departamentos por su complejidad y porque son los que más muertes aporta a nivel nacional, impulsando la capacidad de análisis de información epidemiológica, factor sociocultural nacional y local, para entender la dinámica del problema e implementar medidas correctivas para mejorar la situación de salud de la mujer y reducir la mortalidad materna.⁽²⁷⁾

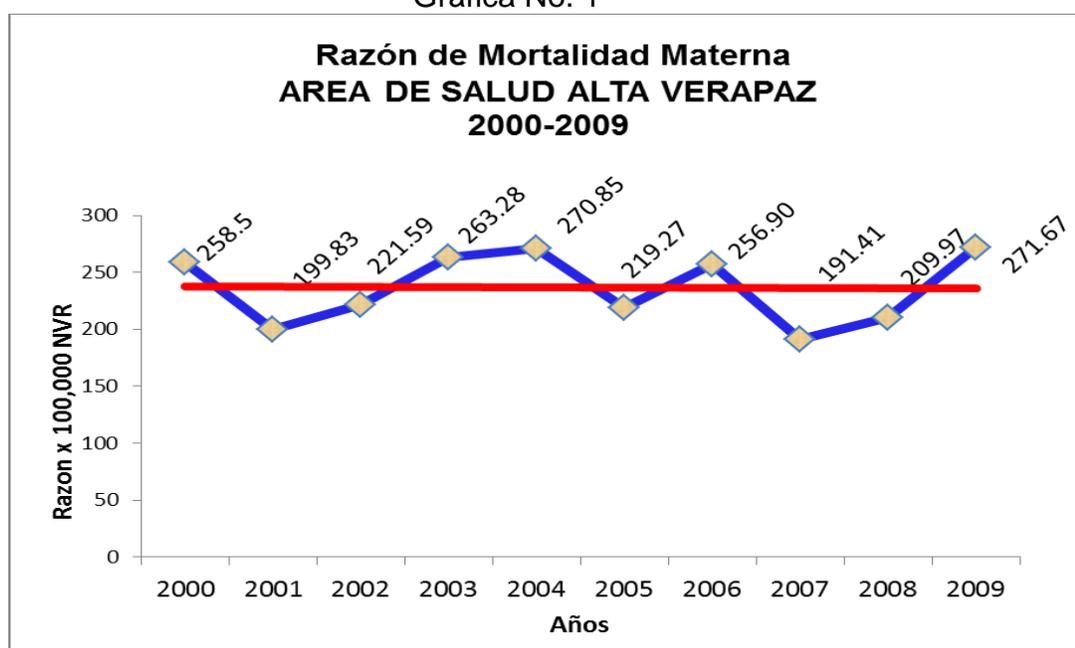
2.5. Situación y comportamiento de la mortalidad materna en el departamento de Alta Verapaz

Carranza Camey, Rafael. En su informe del taller de análisis de enfermedad y muerte materna en el departamento de Alta Verapaz, indica que en investigación efectuada en 1,989, se tomaron en cuenta todos los

departamentos de la república de Guatemala, encontrándose que Alta Verapaz era uno de los que tenían la razón más elevada, 426 por cien mil nacimientos, superada por Sololá, lo que contrastaba con el promedio nacional que se registró en 248 por cien mil. Sin embargo, se evidencia un subregistro en los casos, ya que se tenían registradas 46 muertes maternas y se detectó que eran 83, lo que equivale al 45% de sub registro. La tasa de mortalidad subió de 236 a 426 por cien mil nacimientos.⁽⁵⁸⁾

Durante los últimos diez años, Alta Verapaz ha mantenido una razón de muerte entre 258.5 y 209.97 por 100,000 nacidos vivos, desde el 2000 hasta el 2008, respectivamente, según la sala situacional de la unidad de epidemiología de la dirección del área de salud, sigue siendo uno de los departamentos con la razón más alta a nivel nacional, la tendencia es que va en aumento porque para el año 2009 se registró una razón de 271.67 por 100,000 nacidos vivos, ubicando a Alta Verapaz en segundo lugar a nivel nacional, después del departamento de Huehuetenango.⁽⁶⁷⁾

Gráfica No. 1



Fuente: Unidad de Epidemiología

En la gráfica No. 1, se observa que la tendencia de la mortalidad materna en Alta Verapaz tiende a incrementar, situación que obliga a darle un abordaje especial a la problemática de la mortalidad materna, haciendo énfasis en los factores culturales, sociales, económicos, educacionales (escolaridad), reflexionar sobre la percepción que tienen las y los usuarios del proceso reproductivo y cómo perciben la problemática de la mortalidad materna en aspectos culturales.⁽²⁹⁾

2.6. Situación y comportamiento de la mortalidad materna en el municipio de San Pedro Carchá Alta Verapaz

San Pedro Carchá es un municipio del departamento de Alta Verapaz, Colinda al Norte con Chisec (A. V.); al Este con Cahabón, Lanquín y Senahú (A. V.); al Sur con Senahú, Tukurú y San Juan Chamelco (A. V.); al Oeste, con Cobán y Chisec (A. V.), con una extensión geográfica de 1,082 Km² (equivalente al 9.2% del territorio regional y 12.5% del territorio departamental de Baja Verapaz),⁽⁶⁰⁾ con una población de 201,617 personas (INE 2008) en 267 aldeas, en la región 10 se encuentra ubicada la aldea de Campur, (60) el 84.1 % de los habitantes son pobres y el resto se encuentran en extrema pobreza, el 85 % de la población se ubica en áreas Rurales, son indígenas y hablan el idioma Maya q'eq'chi.⁽¹¹⁾

En el informe del taller de análisis de enfermedad y muerte materna en el departamento de Alta Verapaz, del Dr. Carranza Camey, Rafael. Presenta resultados del análisis, comparando y relacionando datos del año 1989, por no contar con información hasta el año de 1995, tomando en cuenta que para dichos años, existía un sub registro de 45 %, donde se evidencia que en la década de los noventa, el municipio de San Pedro Carchá presentó la razón más alta en el departamento de Alta Verapaz, como se visualiza en el siguiente cuadro.

Razón de mortalidad materna en la década de los noventa
Municipio de San Pedro Carchá, Alta Verapaz

Tabla No. 1

Descripción	Años						
	2000	1999	1998	1997	1996	1995	1989
No de casos por año	8	18	14	10	18	SI*	8
Razón de muerte materna por 100,000 NVR	359.3	511.6	385.9	575.5	436.8	404.0	237.9

SI: sin información

Fuente: Unidad de Epidemiología y de Enfermería de la dirección del Área de Salud de Alta Verapaz

En los últimos 7 años el municipio de Carchá ha reportado 104 muertes maternas (SIGSA 6 del MSPAS) dejando en la orfandad a un promedio de 520 niños, considerando 5 niños por mujer, históricamente, dicho municipio ha aportado entre el 20 y 23 % de las muertes maternas en Alta Verapaz haciendo un promedio de 14 muertes anuales, como se visualiza en la siguiente gráfica.

Total de muertes maternas en los últimos siete años (2003 – 2009) en el municipio de San Pedro Carchá, Alta Verapaz

Tabla No. 2

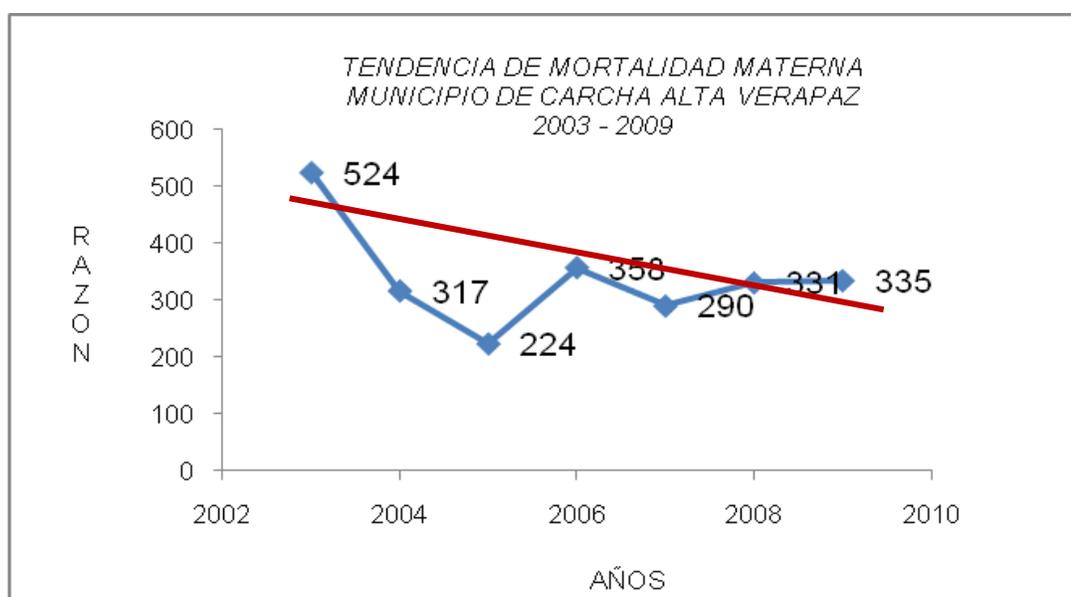
Descripción	AÑOS						
	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
No. de muertes maternas	23	13	11	16	12	14	15
Razón de muerte materna	524	317	224	358	290	331	335

Fuente: Unidad de Epidemiología

Si comparamos los años 90 con los últimos siete años, vemos que la razón de mortalidad materna ha sido variada, alta con relación a la razón de Alta Verapaz (267.89 por 100,000) y con la nacional para el año 2008 registra 119.77 por 100.000 nacidos vivos, según el análisis de la situación de la mortalidad materna en Guatemala, 2000 - 2009 realizada por Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social en su Semana epidemiológica No. 08.⁽³²⁾

En la gráfica No. 2, se observa que la tendencia va en descenso con relación al año 2003. Comparado a la razón, que se presenta en los años noventa.

Gráfica No. 2



Fuente: Unidad de Epidemiología

El municipio de San Pedro Carchá cuenta con dos Centros de Atención permanente, uno ubicado en la aldea de Campur y otro en el área urbana de Carchá, 6 puestos de salud y 3 organizaciones que prestan servicios de salud, extendiéndola a las comunidades.

El esfuerzo que se realiza entre ambos distritos no ha creado ningún impacto porque desde el año 2003, la razón de mortalidad materna se mantiene, de acuerdo al promedio de muertes que han ocurrido hasta el año 2008 en la que se registra una Razón de mortalidad materna de 301 por 100,000 nacidos vivos y para el año 2009 se reportan 16 muertes que hacen una razón de 335, observándose un leve incremento.

La Mortalidad Materna es un grave problema para la sociedad Carchaense, porque de cada 1000 niños que nacen, 3 mujeres, corren el riesgo de morir por causas obstétricas prevenibles y porque un 1.5 % de los niños menores de 7 años se encuentran sin el calor de una madre en el hogar, pilar fundamental para la educación y formación de los niños para la sociedad.

Marcada desigualdad entre la población pobre y, especialmente, en mujeres indígenas, analfabetas que residen en comunidades del área rural en donde los servicios de salud para la atención de partos, se encuentran a 4 y 8 horas de distancia en tiempo, carreteras de terracería en mal estado, veredas entre montañas que limitan recibir una atención oportuna y adecuada.

Es importante investigar las características epidemiológicas, socio demográficas de causas médicas o no médicas como factores determinantes en la demora del cumplimiento o no de una obligación exigible y como consecuencia ocasionar la muerte materna en el municipio de San Pedro Carchá, dicha investigación permitirá identificar acciones que mejoren el proceso de atención y contribuir en la reducción de la razón de mortalidad materna en dicho municipio, lo cual redundará al departamento de Alta Verapaz.

3. Causas de mortalidad materna

La mortalidad materna se relaciona a causas obstétricas y aparecen en tres momentos:

1. durante el embarazo tomando en cuenta que en América latina el 73 % de mujeres embarazadas acuden a realizarse al menos un control prenatal, en otros países puede ser más bajo.
2. Durante el parto, considerando que cada año, 60 millones de mujeres dan a luz en su casa y son atendidas por una comadrona no capacitada, por un miembro de su familia o sin la ayuda de nadie.
3. Después del parto, en este periodo las mujeres no reciben atención, solamente un 5 % en los países muy pobres,⁽⁷⁾ factores que favorecen el riesgo de fallecer y agravar la situación en los próximos años, considerando que la hemorragia como causa prioritaria de muerte, incrementa cuatro veces la posibilidad de morir en los hogares.⁽⁸⁾

Sin embargo, Tyndall Lynne de M. en su artículo sobre Mortalidad materna: la maternidad segura se encuentra en el protagonismo de las mujeres mismas.⁽⁵³⁾ Asegura que en Costa Rica nunca se ha evaluado la seguridad del parto hospitalario y no se puede probar que el traslado de casa al hospital sea la causa de los índices de salud actuales. Concluye diciendo que, probablemente, sea la mejoría en la calidad de vida de las mujeres lo que contribuyó a la maternidad más segura, así como, la disminución de la fecundidad.

3.1. Causas Prevenibles de Mortalidad Materna

Capurro H, realiza un estudio sobre Mortalidad materna, con enfoque de riesgo, hace énfasis, que de las 600.000 muertes maternas registradas en el mundo, el 80% están vinculadas con el embarazo, parto y puerperio de las cuales el 25% son por Hemorragia, el 15% por Infecciones, 13% por Aborto, el 12% por Eclampsia, 7% parto obstruido y 8% por otras causas directas. La mayoría de las muertes son evitables.⁽⁵⁷⁾

El embarazo y el parto no son enfermedades, pero las mujeres de América Latina y el Caribe todavía mueren por las mismas causas que las mujeres de los países industrializados en pleno Siglo XX.⁽³⁾

3.1.1. Hemorragias

En la estrategia para la reducción de la mortalidad y morbilidad materna, la Organización Panamericana de la Salud, documenta a escala promedio mundial, para el 2003 que en todos los Estados Miembros de la organización (incluidos Canadá y Estados Unidos) predominan las causas obstétricas directas, que superan el 70%. Entre las que figuran la hemorragia (25%), la septicemia (15%), las complicaciones del aborto (13%), la eclampsia (12%) y el parto obstruido (8%).⁽³⁾

En los años 1997 al 2002, América Latina y el Caribe presentó que las causas de muertes maternas se dieron por hemorragias en un 21 %, sepsis/infecciones un 8 %, trastornos de hipertensión 26 %, obstrucción del parto un 13 %, complicaciones derivadas de la práctica de abortos 12 %, otras causas un 21 %, ⁽¹³⁾ de acuerdo al informe del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia en el estudio sobre Salud materna en el año 2008.

El análisis de la mortalidad materna para el año 2003 en Honduras realizado por la Coordinación de Salud Integral de la Familia de la Secretaría de Salud, reporta un total de 140 muertes maternas. La primera causa de estas muertes es la hemorragia (45%); seguido por trastornos hipertensivos (18%) y, en tercer, lugar aparecen las infecciones (12%).⁽²⁰⁾

En Guatemala se estima que del 50 al 90% de las muertes maternas son prevenibles, esto indica que haciendo incidencia en las causas se podría contribuir en reducir la razón de muerte ya que en la actualidad las mujeres continúan muriendo por hemorragia, complicaciones del aborto, sepsis y eclampsia.⁽¹²⁾

La principal causa de las muertes maternas que ocurrieron en el 2008 en Quetzaltenango fueron hemorragias (37%), hemorragias e infecciones (21%) e infecciones (16%).⁽⁵⁾

Carranza Camey, Rafael. En su informe del taller de análisis de enfermedad y muerte materna en el departamento de Alta Verapaz, presenta datos de las causas de mortalidad materna en la década de los noventa siendo éstas, la hemorragia vaginal, la hemorragia post parto y la retención de placenta, que pueden ser interpretadas de manera común como pérdida de sangre durante y posterior al embarazo y aparecen como la primera causa directa de muerte; siendo la complicación que causa el 50% de las muertes en Alta Verapaz, en los diferentes años revisados.⁽⁵⁸⁾

Para el año 2009, las causas de la mortalidad materna en Alta Verapaz siguen siendo las mismas, un 49 % sucedieron por hemorragias, 22 % por eclampsia, 13 % de restos placentarios, 8 % por causas indirectas, 3% por placenta previa, 3 % por óbito fetal y un 2 % por aborto incompleto.

Según la sala situacional realizada por la unidad de epidemiología de la dirección del Área de Salud de Alta Verapaz.

En el análisis de las causas de mortalidad materna para el año 2008 el municipio de San Pedro Carchá presentó la retención placentaria como causa de muerte en un 40%, hemorragias postparto 40 % y pre eclampsia el 20 %, ⁽¹¹⁾ sin embargo para el año 2009, presenta como primera causa de muerte materna la pre-eclampsia y eclampsia con un 27 %, ruptura uterina con 20 %, atonía uterina un 13 %, sépsis puerperal, 13 %, hemorragias 13 % y otras complicaciones un 13 %.

De acuerdo a los datos que anteriormente se describen, se visualiza que a nivel mundial las causas de muerte se dan en su mayoría por hemorragias, distintos autores indican que pueden ser prevenibles en un 90 %, cuando las sociedades consideren que la vida de la mujer vale el costo necesario para salvarles la vida como la manifiesta Mahmoud Fathalla.

4. Factores sociales que condicionan y determinan la mortalidad materna

La muerte materna representa una tragedia, pues, implica que por cada mujer que muere, muchos más sufrirán una serie de consecuencias que tendrán repercusiones en el resto de su vida, entre otras, la pérdida de una mujer joven por causas que debieron ser bien tratadas. ⁽²⁾

Diferentes estudios destacan la influencia que los factores socio demográficos y obstétricos ejercen sobre la ocurrencia de la muerte materna, como son la edad, etnia, estado civil, escolaridad, número de gestaciones, periodo del embarazo, lugar del parto y persona que lo asiste. ⁽⁸⁾

4.1. Características socio demográficas

La pobreza también es un factor que influye negativamente para reducir la muerte materna, según el informe “Estado de la Región” respecto a Centroamérica indica que son pobres 75% de los guatemaltecos, 73% de los hondureños, 68% de los nicaragüenses y 53% de los salvadoreños.⁽⁷⁾

Situación que complica el sector indígena de Guatemala pero en especial la población de Alta Verapaz y el Municipio de Carchá, pues las cifras pueden ser peores en esta región, considerando que en Guatemala el 86 % de la población indígena es pobre, frente a 54% de la no indígena.⁽⁴⁶⁾

4.1.1. Edad de la madre al fallecer

La edad es el tiempo o espacio que ha vivido una persona de acuerdo a su edad biológica y es una de las características socio demográficas que influyen en la muerte materna porque se trata de una muerte prematura. En este estudio la edad promedio de las mujeres que fallecieron osciló entre los 28 y 29 años, con una mínima entre los 12 y los 17 años.⁽²⁾

En los países de América Latina y el Caribe, alrededor de una tercera parte de las mujeres de edades comprendidas entre 20 y 24 años ya han tenido su primer embarazo a los 20 años.⁽³⁾

La falta de desarrollo físico y fisiológico de las jóvenes menores de 16 años de edad las hace particularmente vulnerables a las complicaciones que surgen durante el embarazo y el parto.⁽³⁾

El embarazo de las adolescentes es un tema fundamental de la maternidad sin riesgo, pues entre las madres adolescentes se da un número desproporcionadamente elevado de defunciones.

Según Carranza Camey Rafael, La edad a la que las mujeres comienzan su vida reproductiva (antes de los 19 años) en Alta Verapaz, constituye uno de los factores determinantes relacionados con la mortalidad materna y se ha tomado como una edad normal para tener el primer hijo, situación preocupante para la Salud Pública ya que la mayor cantidad de muertes maternas se produjo antes de los 20 años de vida.⁽⁵⁸⁾

En análisis de situación de mortalidad materna de Alta Verapaz, enero – diciembre 2009, de la unidad de epidemiología de la dirección del área de salud de Alta Verapaz se presenta que el 42.25 % de muertes maternas ocurren entre las edades de 25 a 39 años y el 25.35 % ocurren entre las edades de 40 y 49 años, en el mismo periodo.

En Guatemala para el 2008 las muertes ocurrieron entre las edades de 30 a 34 años de edad, para el 2009 fue entre las edades de 20 y 24 y ente 30 a 34 años de edad.⁽³²⁾

4.1.2. Estado civil

El estado civil es la condición que tipifica a una persona en relación con los derechos y obligaciones civiles en la organización de la comunidad.⁽¹⁾ Los principales estados civiles son: la nacionalidad y el matrimonio. (Soltera, viuda, casada, unida),⁽⁶⁹⁾ las muertes maternas se dan en mujeres casadas en casi la mitad de los casos, en promedio 46%, sin embargo, parece darse una tendencia al cambio con el tiempo, pues mientras desciende el porcentaje de casadas, aumenta el de solteras y en

unión libre, 13 y 24% respectivamente, condiciones que favorecen la exclusión social y disminuyen las expectativas económicas y laborales de la mujer, favoreciendo un nivel de pobreza mayor del que ya tenían.⁽²⁾

4.1.3. Grupo Étnico

La Etnia se refiere como una comunidad natural de hombres y mujeres que presentan ciertas afinidades raciales, lingüísticas, religiosas o culturales, entre ellos los indígenas, término que se aplica a una persona y a todo aquello que es relativo a una población originaria del territorio que habita.⁽⁵⁾

A nivel mundial existen diferentes etnias y sólo Guatemala tiene una diversidad, en Alta Verapaz predomina la indígena y en todo el país de Guatemala la mortalidad materna es tres veces mayor en este grupo que en la población no indígena.⁽⁵⁾

Cuando se compara la RMM entre la población indígena y no indígena de Guatemala, se tiene que la población indígena presenta una RMM tres veces mayor a la que posee la no indígena. El MSPAS (2003) menciona que la población de mujeres indígenas poseen las condiciones más precarias de vida en el país. “Las mujeres indígenas poseen las más altas tasas de fecundidad y la mayor proporción de partos atendidos en el domicilio por personal no calificado” (MSPAS 2003). Este indicador evidencia la discriminación y marginación de la mujer indígena, donde la mayoría está marcada por la pobreza.⁽⁷⁾

Resultados de estudios de la OMS, en el año 2005 indican que las condiciones de vida de la población indígena agravan la situación. Los indicadores del progreso de Guatemala señalan que el tiempo que tomaría

mejorar las condiciones de vida (conforme a los ODM) de los indígenas es de 83 años, mientras que para los ladinos es de 23 años (Martorell, Flores y Hickey, 2002). Por esta razón, es de suma importancia priorizar la reducción de las brechas de desigualdad de los indicadores de salud al interior del país.⁽¹⁴⁾

4.1.4. Religión, Idioma, Procedencia y Ocupación

No existen estudios actualmente, que investiguen variables importantes como el estado civil de mujeres que fallecen por muertes maternas, la religión, el idioma, la procedencia y la ocupación de las mismas.

Garnica Marroquín, F. L. Factores socioculturales que inciden en el proceso de “vidas salvadas” de madres en el riesgo de muerte materna en comunidades rurales de Guatemala: casos Alta Verapaz. Manifiesta que el aislamiento geográfico, barreras generadas por la pobreza, la etnia, la lengua y la cultura es un factor decisivo en la búsqueda de los servicios de salud y dichas mujeres entrevistadas del municipio de San Pedro Carchá entrevistadas no hablan castellano solamente su idioma natal el Q’eqchi’.⁽⁷¹⁾

El observatorio en salud reproductiva de Alta Verapaz, en su estudio La muerte materna: sucesos y consecuencias para los huérfanos, las familias y las comunidades, estudio de caso en Alta Verapaz, hace referencia que el 92 % de los que habitan en el municipio de Carcha, viven en el área rural, el 97 % son indígenas y en su mayoría hablan Q’eqchi’.⁽⁷⁵⁾

De acuerdo con la procedencia, Kestler y Medina encontraron en Guatemala, que la mayoría de muertes se dieron fuera del hospital y lo

relaciona con el hecho de que una alta proporción de esta población habita en áreas rurales.⁽⁸⁾

En Alta Verapaz y, especialmente, en San Pedro Carchá, las vías de comunicación de las cabeceras municipales hacía comunidades rurales están comunicadas por carreteras asfaltadas, pero el 54% de las comunidades están comunicadas a través de caminos de terracería y un 44% de las comunidades no cuenta con carreteras de ningún tipo únicamente por caminos o veredas que se pueden transitar a pie y en ocasiones en moto.⁽⁷¹⁾

Por otra parte, Kestler y Medina en su estudio, indican que el riesgo aumenta si las mujeres son indígenas, sin pareja, pero se incrementa ocho veces más, si se tiene una ocupación no remunerada. La proporción de mujeres con una ocupación no remunerada fue alta en ambos grupos, 98.9% en MM no hospitalarias y 88.8% hospitalarias.⁽⁸⁾

4.1.5. Escolaridad

Es el nivel de educación o grado de estudios que una persona alcanza de acuerdo a su edad (1) Karam Calderón Á, Bustamante Montes P, Campuzano Gonzales M, Camarena Pliego Á. en el estudio realizado sobre aspectos sociales de la mortalidad materna: estudio de caso en el estado de México, demuestra que el 6.2% de las mujeres que murieron por una causa materna no habían asistido a la escuela, el 14% no terminó la primaria, un 22% sí lo hizo y el 58% contaba con estudios de secundaria o más en México.

En Guatemala el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Centro Nacional de Epidemiología. Ciencia al Servicio. Situación de salud de

Guatemala 2007, hace referencia de la relación escolaridad/mortalidad materna y muestra que las mujeres sin ninguna escolaridad representaban el 66.5 % de todas las muertes. A diferencia de las mujeres con educación secundaria, mueren una de cada 30 y con educación universitaria, muere una de 99 mujeres. Se reconoce, entonces, de la importancia de la educación de las niñas y mujeres, para que esta brecha social no sea el factor de riesgo en las mujeres,⁽²⁷⁾ al compararnos con los datos de México, observamos que Guatemala debe atacar y enfocar esfuerzos en la educación de la mujer guatemalteca.

Carranza Camey, Rafael. En su informe del taller de análisis de enfermedad y muerte materna en el departamento de Alta Verapaz, reitera que durante varios años, la población de Alta Verapaz ha ocupado las tasas más elevadas de analfabetismo en el ámbito nacional, variando el porcentaje del 72.7% en 1994 al 58.2 en 1998¹, se estima que el 70% de la población analfabeta habita en comunidades rurales. Del total de población analfabeta el 70% se estima que son mujeres². Se puede deducir por lo tanto, que muy pocas de las mujeres adultas, cuentan con conocimientos para ayudarse o buscar ayuda calificada durante el embarazo el parto y el puerperio.⁽⁵⁸⁾

4.2. Condicionantes de la mortalidad materna en Guatemala y Alta Verapaz

En las mesetas rurales, entre 1989 y 1994 se contabilizaron hasta 973 defunciones maternas por 100.000 nacidos vivos, frente a 36,1 en las zonas urbanas durante el mismo período⁽³⁾ extremos y múltiples expresiones de marginación, exclusión e iniquidad los que diferencian a Guatemala de la

¹ Guatemala: El rostro del desarrollo humano 1999, auspiciado por Sistema de Naciones Unidas en Guatemala.

² Fascículo INE, Cobán agosto 2000

mayoría de los países latinoamericanos. No es casualidad, sino producto de procesos históricos que siguen vigentes en sus rasgos fundamentales, que estas condiciones son propias ante todo de la población indígena, que constituye la mayoría de los habitantes en el país.⁽⁴⁵⁾

4.2.1. Entorno cultural de la muerte materna

El antropólogo Clifford Geertz, considera que “la cultura es una ciencia interpretativa en busca de significaciones”, también indica que es una capacidad humana para adaptarse a las circunstancias incluyendo un conjunto de valores, tradiciones, símbolos, creencias y modos de comportamiento dentro de un grupo social.

Torres S, Sequeira S. en su Investigación cualitativa sobre mortalidad materna en Honduras. Manifiesta que detrás de una muerte materna hay un conjunto de ideas, prácticas, valores, creencias y representaciones ligadas con la maternidad, la paternidad, la salud y el derecho de cada grupo social.⁽²⁰⁾

La legislación, las creencias culturales o las prácticas que menosprecian a las mujeres contribuyen a generar esta disparidad al limitar su acceso a los recursos económicos. Por lo tanto, la muerte o la discapacidad son resultado de la situación de extrema desventaja en la que se encuentran muchas mujeres en los países de América Latina y el Caribe.⁽³⁾

“Al conjugarse con otros aspectos culturales de las poblaciones indígenas que las pone en desventaja, son limitantes para el acceso a los servicios de salud, todo lo cual los convierte en un grupo de alto riesgo”, “Reducir la mortalidad materna en este grupo es una meta con bastante

grado de dificultad en países como Guatemala, donde los aspectos culturales suelen ser importantes, barreras por superar”.⁽⁸⁾

4.2.2. Aspectos culturales de la población indígena

El cuidado durante el embarazo se les prescribe a las mujeres, aunque en definitiva, los hombres deciden el momento en que las mujeres se beneficiarán de la atención del servicio de salud.⁽²⁰⁾ porque el hombre se considera “dueño” de la mujer y esto se traduce a una relación desigual entre los géneros que se expresa en los resultados de una muerte materna, la profunda ausencia de poder de la mujer. Esta falta de poder la inhabilita para dirigir y proteger su vida con relación a su sexualidad y reproducción⁽²⁰⁾

4.2.3. Factores culturales que influyen en la mortalidad materna en Alta Verapaz

En Guatemala la población indígena constituye 48% de la población total, viven en áreas rurales, en pobreza extrema, con niveles de educación relativamente bajos, factores que, al conjugarse con otros aspectos culturales de las poblaciones indígenas las pone en desventaja, son limitantes para el acceso a los servicios de salud y los convierte en un grupo de alto riesgo.⁽⁸⁾ “Las mujeres indígenas poseen las más altas tasas de fecundidad y la mayor proporción de partos atendidos en el domicilio por personal no calificado” (MSPAS 2003),⁽¹⁴⁾ según la OMS, debe ser un lugar donde toda la atención se enfoque sobre las necesidades individuales de la mujer y su seguridad, lo más próximo posible a su hogar y cultura

Pertenecer a una etnia indígena implica tres veces más posibilidad de morir fuera del hospital que no serlo. Los supuestos culturales alrededor del parto y del embarazo, aunados a la percepción sobre la “naturaleza” de

la mujer y su papel de subordinación genérica se traduce en prácticas personales, comunitarias y sociales que aumentan los riesgos obstétricos y también obstaculizan la ejecución de las políticas de salud sexual y reproductiva.⁽²⁰⁾

Reducir la mortalidad materna en este grupo es una meta con bastante grado de dificultad en países como Guatemala, donde los aspectos culturales suelen ser importantes barreras por superar.⁽⁸⁾

4.2.4. Influencia de género en la mortalidad materna

Torres S, Sequeira S. en su investigación cualitativa sobre mortalidad materna en Honduras, manifiesta que la ausencia de poder de la mayoría de las mujeres para negociar aspectos relacionados con su salud sexual y reproductiva, aparece como el principal factor de riesgo social con relación a la muerte materna.⁽²⁰⁾

Por otro lado, Contreras L. Mortalidad materna y perinatal: Intervenciones basadas en la evidencia, manifiesta que las experiencias internacionales han demostrado que excluir al hombre de los servicios de salud reproductiva aumenta la posibilidad de fracaso en las acciones de la salud de la mujer. Los hombres son importantes en el proceso de toma de decisiones a nivel del hogar, finalmente, indica que una mayor educación masculina en la perspectiva de equidad de género es fundamental para que se logren mejorías en la salud de las madres, contribuyendo a prevenir la mortalidad materna.⁽¹⁶⁾

5. Demoras que influyen en muertes maternas

El esfuerzo de los diversos gobiernos por disminuir la mortalidad materna no siempre ha sido exitoso. Existen determinantes que no forman parte de las responsabilidades del sistema de salud, tales como la desigualdad social y la exclusión de la población indígena y pobre.⁽⁶⁴⁾

Existen otros factores como el retraso en realizar intervenciones cruciales para salvar la vida de una mujer. Cordón de Nájera V. F. en su investigación sobre intervenciones del personal auxiliar de enfermería en las cuatro demoras para la reducción de la mortalidad materna, indica que los retrasos o demoras se refiere a la tardanza, que se establece entre la realización de una acción para que no suceda una situación indeseada y cuando nos referimos a las intervenciones de enfermería o de personal comunitario, es la acción de intervenir en cualquier proceso para la realización de tareas específicas, tales como información, educación y comunicación en salud, actividades de atención del parto con calidad y calidez para con el paciente como parte importante.⁽⁶¹⁾

La Doctora Núñez Urquiza, R. M., Duarte Gómez, M. B. se refiere al eslabón crítico, a la demora entre la llegada de la paciente y el primer contacto con el especialista ó la tardanza en el cumplimiento de una obligación desde que es exigible,⁽⁵⁹⁾ incumplimiento u omisión que ocasionó la insuficiente calidad con la que se dio un servicio indispensables para evitar el fallecimiento de las muertes maternas. Es conocido que la mayoría de muertes maternas están asociadas a demoras en el reconocimiento de las señales de peligro, la toma de la decisión para la búsqueda de ayuda, el acceso a la atención oportuna y recibir atención de calidad.⁽⁶¹⁾

5.1. Primera demora

Freyermuth Enciso, María Graciela, en su artículo, Mortalidad materna: Inequidad institucional y desigualdad entre mujeres, se refiere a la falta de reconocimiento de los signos y señales de peligro que amenazan la vida de las mujeres embarazadas por parte de la paciente, familia o líderes comunitarios y no deciden, oportunamente, buscar atención médica.

En 2008, el 21% de las muertes maternas en Quetzaltenango ocurrieron porque las mujeres o sus familiares no pudieron reconocer a tiempo los signos de peligro que amenazaban sus vidas y el 58% con retraso en el acceso a atención de calidad. (4), esto evidencia un alto porcentaje de muertes que ocurren en los servicios de salud por retraso en las acción que corresponden al personal del segundo y tercer nivel.

En Guatemala las muertes maternas ocurren en la primera y cuarta demora,⁽³²⁾ en Alta Verapaz (29.58%) en el municipio de San Pedro Carchá (48 %), se observa una diferencia entre el nivel nacional con el nivel local, visualizando que a nivel familiar en el municipio de San Pedro Carchá, existe debilidad y desconocimiento de signos y señales de peligro,⁽¹¹⁾ a pesar que en los últimos años se ha hecho énfasis en la población en general en el conocimientos para identificar los signos y señales de emergencia obstétrica, para canalizar oportunamente a las mujeres que sufren complicaciones hacia los servicios de salud con el fin de que los resuelva.
(64)

Cuando la mujer e integrantes de la familia y actores de la comunidad logren conocer e identificar los signos y señales de peligro y complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio, es probable que asuman la responsabilidad de su propia salud y la de su hijo, y que exijan

una atención de salud oportuna y de calidad para ellas, sus familias y sus comunidades.⁽³⁾

5.1.1. Signos y señales de peligro

Un signo o una señal de peligro amenazan la vida de mujeres durante el embarazo, parto y post parto, su presencia es indicación de peligro que antecede a una complicación, desencadenando una patología. El Ministerio de Salud Pública considera que el conocimiento o desconocimiento de los signos y señales por la mujer, familia, comunidad y personal de salud, es crucial para salvar la vida mujer en estado de gestación, por lo que establece y estandariza las siguientes:

Señales de peligro durante el embarazo

- ✓ Hemorragia vaginal
- ✓ Presión arterial alta (mayor o igual a 140/90mm/hg) cefalea, visión borrosa, edema
- ✓ Fiebre (temperatura arriba de 37.5°C)
- ✓ Presentación fetal anormal podálica ó transversa (a partir de las 36 semanas)
- ✓ Salida de líquido por vagina
- ✓ Palidez generalizada
- ✓ Dificultad respiratoria
- ✓ Contracciones uterinas antes de las 36 semanas de embarazo
- ✓ Aumento de peso por arriba de lo esperado
- ✓ Epigastralgia (dolor en la boca del estómago)⁽⁷¹⁾

Señales de peligro durante el parto

- ✓ Determinar presencia de hemorragia vaginal.
- ✓ Presentación fetal podálica o transversa.
- ✓ Palpación de múltiples partes fetales.¹²
- ✓ Presión arterial alta mayor o igual 140/90mmhg.
- ✓ Fiebre mayor ó igual 38° centígrados.⁽⁷¹⁾

Señales de peligro durante el pos parto

- ✓ **Hemorragia**

Hemorragia vaginal más abundante de lo normal

- ✓ **Pre - clampsia**

Presión arterial igual o mayor o igual 140/90mmhg.

Dolor de cabeza severo

Visión borrosa

Dolor abdominal severo, (epigastralgia)

Edema de cara y manos

- ✓ **Eclampsia**

Signos de preclampsia mas convulsiones

- ✓ **Infección**

Coágulos con mal olor

Fiebre mayor ó igual 38° centígrados.⁽⁷¹⁾

Los signos y señales de peligro se resumen de la siguiente manera:

- ✓ Hemorragia, antes, durante y después del parto
- ✓ Dolor intenso de cabeza
- ✓ Convulsiones
- ✓ Fiebre
- ✓ Dolor en la boca del estomago

5.1.2. Plan de Emergencia Familiar

El personal de salud trata con una población indígena y alejada de los servicios de salud, por lo que es importante que las estrategias y las campañas masivas de comunicación en lenguas vernáculas hagan posible que las familias conozcan los signos y señales de peligro o de emergencia obstétrica, así como de los padecimientos locales más frecuentes de su comunidad.⁽⁶⁴⁾

A nivel familiar es importante la colaboración de todos, sin embargo los integrantes de la familia deben estar preparados para las situaciones que se presenten y organizarse de acuerdo a lo siguiente:

- reconocer los signos y señales de peligro durante el embarazo, parto y puerperio, los cuales ameritan con urgencia la búsqueda de atención,.
- la familia acuerda con el personal de salud y autoridades locales, quien tomará la decisión del traslado de la mujer en caso de que el jefe de la familia no se encuentre en el momento de la emergencia,.

- establecer quienes se harán cargo de los niños pequeños, si es necesario el traslado de la madre a un servicio de salud,.
- tener identificado qué medio de transporte se utilizará, para su traslado oportuno y seguro,
- que la familia conozca los servicios con atención de 24 horas y la cartera de servicios para identificar donde será atendida la emergencia obstétrica que presente en el momento,
- que la familia esté familiarizada con el servicio de salud que atenderá la emergencia y sepa a quien recurrir cuando se presenten al servicio,.
- la familia debe prepararse, económicamente, realizando un ahorro personal o comunitario para cubrir los gastos de traslado y duración de la emergencia,
- a éste nivel y en esta demora es importante la participación de la organización comunitaria porque el apoyo a la familia que presenta la emergencia obstétrica es crucial y contribuyen en minimizar la segunda y tercera demora que podrían ser causa de muertes materna.

5.2. Segunda demora

Es el reconocimiento de signos y señales de peligro por parte de la mujer embarazada y por la familia, sin embargo, su condición de inequidad de género no le permite asumir su derecho a ejercer una toma de decisiones por sí misma para buscar una atención oportuna y calificada.^{(2) (61)}

En esta demora, la mujer y la familia toman decisión, sin embargo, esta decisión no es acertada y se acude a servicios que no tienen capacidad para resolver ó, bien, buscan la ayuda de terapeutas tradicionales que no tienen el conocimiento para resolver emergencias obstétricas, como lo manifiesta Freyermuth Enciso, María Graciela, en su artículo, Mortalidad materna. Inequidad institucional y desigualdad entre mujeres.

Esta omisión es crucial para la vida de la mujer, porque muchas veces es el esposo, la madre, la suegra o, incluso la comadrona la que decide si se busca ayuda para la atención de las emergencias que presenta la mujer a nivel de la familia o comunidad.

Permitir a las mujeres elegir sus propias alternativas y proporcionarles información adecuada, les permite tomar decisiones cruciales en lo referente a su salud y, por consiguiente, ejercer sus derechos.⁽³⁾

Reducir las inequidades de género y étnica a fin de asegurar una decisión temprana en la búsqueda de atención por las mujeres y sus familias, o para la prevención de los embarazos no deseados y para lograr la demanda efectiva de los servicios de salud por parte de la población, especialmente, de las mujeres que han experimentado complicaciones.⁽⁶⁴⁾

En Guatemala las muertes maternas ocurren en la segunda demora en un 24 %, en Alta Verapaz se producen 22.54 % y en el municipio de San Pedro Carchá el 26.67, según los datos que presenta la unidad de epidemiología de la dirección del área de salud de Alta Verapaz, observando que en esta demora es alta a nivel local comparado al departamental y nacional contrario a la primera demora

5.3. Tercera demora

Esta demora pretende disminuir el tercer retraso, es decir que el momento de presentarse una complicación durante el embarazo, parto o post parto se tenga la posibilidad de arribar, oportunamente, a los servicios de salud, eliminando barreras de acceso y la incertidumbre sobre los mecanismos para demandar la atención oportuna, a los establecimientos pertinentes,⁽⁶⁴⁾ una de las principales barreras es el aspecto económico y pago de transporte.

Es la brecha o limitación que existe entre la comunidad y un servicio de salud, tomando en cuenta el acceso a las vías de comunicación y transporte, pueden ser obstáculos físicos, financieros porque hay familias que no pueden costear un viaje para que la mujer se desplace desde la comunidad a un servicio de salud, además de tener deficiencias de infraestructura de servicios.

El transporte desde las localidades a los establecimientos de salud es un tema no resuelto, si bien es cierto que ha mejorado la disponibilidad de ambulancias en los centros de atención permanente, no se ha alcanzado el nivel óptimo y los vehículos disponibles son utilizados, en su mayoría, para el traslado desde las unidades de salud a otros establecimientos y no de las localidades o domicilios a las unidades de salud.^{(64) (67)}

Se debe disponer de medios de transporte de manera continua, así como, de medios de comunicación desde las localidades al servicio de salud, manteniendo una comunicación estrecha y efectiva a través de teléfonos celulares, radios de comunicación, otros operados por las personas que asisten la referencia o personal comunitario, de acuerdo al lugar geográfico de la emergencia obstétrica,^{(64) (67)} esto permitirá actuar

oportunamente y prepararse en el tiempo oportuno para evitar la cuarta demora, por tiempo de viaje.

En Guatemala las muertes maternas ocurren en la tercera demora en un 11%, en Alta Verapaz el 14.08 %y en el municipio de San Pedro Carchá el 13.33%, visualizando que es un porcentaje bajo pero significativo.

Según opinión de personal de salud que participó en el Taller de Análisis de Mortalidad Materna en Alta Verapaz realizado de Carranza Camey, Rafael en el año 2000, una gran dificultad para resolución de emergencias obstétricas que se presentan en la comunidad se relacionan con la accesibilidad geográfica a los Servicios de Salud y falta de transporte. Esta demora incide en el deterioro de la madre ocasionando que la mujer tenga la oportunidad de llegar con vida o llegar demasiado tarde a un servicio adecuado, en donde se le brinda una atención con calidad y calidez especialmente que le resuelvan la emergencia obstétrica que presenta en ese momento.

5.4. Cuarta demora

La cuarta demora o retardo está relacionada con la incapacidad de resolver oportunamente la atención de emergencia obstétrica, esto tiene que ver con la organización o la dimensión administrativa y con la calidad técnica/científica de la prestación del servicio.^{(64) (67)}

La atención profesional implica que las personas que se encarguen del cuidado de las mujeres embarazadas así como de sus partos y post parto, hayan pasado por un proceso de entrenamiento profesionalizado

Estratégicamente, las acciones deben estar encaminadas inicialmente al abatimiento de la cuarta demora, posteriormente a tercera demora, y finalmente a la segunda y primera demora. Si no es posible otorgar una adecuada atención, oportuna y de calidad, no es procedente establecer mecanismos de educación y movilización de la comunidad para que acuda a unidades médicas incapaces de manejar con éxito la emergencia obstétrica, pues esto desalentaría en el corto plazo la búsqueda de atención.^{(64) (67)}

Es un hecho la falta de personal, en teoría siempre está completo pero en la práctica no, pues no hay quien cubra las vacaciones, comisiones sindicales, incapacidades o las ausencias injustificadas. La mala calidad de la atención tiene aristas: por un lado el mal trato del que son objeto las mujeres en las instituciones, evita que deseen regresar a los hospitales o servicios de salud en general, pudiéndose postergar en otra ocasión o desalentar en otras mujeres la búsqueda de atención. Por otra parte, el no brindarles asesoría sobre la salud sexual, métodos anticonceptivos, otros.

En Guatemala, las muertes maternas ocurren en la cuarta demora (33 %), en Alta Verapaz se producen en un 30.99 % y en el municipio de San Pedro Carchá, el 40 % mueren en los servicios de salud, madres de comunidades lejanas o bien por llegar tardíamente.

Atención deficiente y retardada por falta de competencia de los proveedores de servicios de salud o por falta de insumos y equipo médico – quirúrgico apropiado.

Eslabones críticos de la atención de la mujer

La atención de la mujer por norma debe realizarse de acuerdo a un “proceso lógico de actividades para evitar oportunamente un daño, prevenir la muerte o morbilidad severa de una mujer que presenta complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio⁽⁶²⁾ ⁽⁶⁸⁾ ⁽⁶⁹⁾ por un proveedor competente en los servicios de salud donde se atienden partos, con la responsabilidad de brindar una atención oportuna con calidad y calidez.

5.5. Incidencia de comites de emergencia comunitaria en las muertes maternas

Las demoras en llegar a la instalación de salud representa obstáculos que amenazan la vida en las mujeres que enfrentan la urgencia obstétrica, en los países en desarrollo los niveles de pobreza que presenta el Banco Mundial ha mostrado que la calidad de redes viales rurales constituyen un factor de aislamiento social y económico para las personas pobres del campo.

Los Aldeanos identificaron el “DAR A LUZ” como un riesgo porque las madres no podían llegar a los centros de salud debido al inadecuado acceso vial, particularmente, en temporadas de lluvia.

Estudios en Tanzania, han demostrado que la reparación de las carreteras redujo el tiempo de viaje, lo que demuestra que existe una incidencia clara en reducir los obstáculos relacionados con la distancia que impiden un oportuno manejo de las urgencias.⁽⁶⁶⁾

La calidad y la disponibilidad de carreteras es sólo una faceta de los obstáculos del transporte, la disponibilidad, el tipo y costo del transporte es

claramente otro. Las investigaciones realizadas por médicos africanos de la red de prevención de la mortalidad materna también descubrió que vías deficientes, falta de vehículos y altos costos de transporte fueron las principales causa de demora en decidir si buscar o no ayuda para llegar al cuidado obstétrico de urgencia. (66)

Ese estudio reporta el impacto positivo del apoyo comunitario y las actividades de educación sobre la cantidad de mujeres que buscaron tratamiento de emergencia obstétrica, con la siguiente reducción del número de muertes maternas en el área del proyecto.⁽⁶⁶⁾

Carranza Camey, Rafael, en su informe del Taller de Análisis de la morbilidad y mortalidad materna en Alta Verapaz trata de explicar la íntima relación existente entre las causa directas e indirectas que ocasionan la enfermedad y muerte materna a fin de que, paralelamente, a las acciones de salud, se busque generar una respuesta comunitaria organizada: aspecto esencial en el mejoramiento del problema, ya que partimos de la premisa de que en Alta Verapaz, los agentes comunitarios son los principales personajes en la atención del embarazo el parto y el puerperio y, por ende, los principales actores si deseamos causar un impacto positivo importante.⁽⁵⁸⁾

Según opinión de personal de salud que participó en el Taller de Análisis de Mortalidad Materna en Alta Verapaz realizado por Carranza Camey, Rafael en el año 2000, una gran dificultad para resolución de emergencias obstétricas que se presentan en la comunidad se relaciona con la accesibilidad geográfica a los Servicios de Salud y falta de transporte.

El sistema comunitario está basado en dar respuesta a limitaciones de acceso a servicios maternos encontrados durante el análisis de las cuatro

demoras o retrasos. Para ello es importante la organización y/o fortalecimiento de comités de emergencia a nivel comunitario, especialmente en las comunidades muy lejanas, para el abordaje de las mujeres que presenten emergencias obstétricas.

5.6. Participación comunitaria

La participación implica la acción de ser parte de algo, de intervenir o compartir en un proceso, denota decisión y/o acción. Sin embargo, definir la participación es un concepto con amplia diversidad conceptual probablemente por la vaguedad que se ha generado en torno a su significado real, sus expectativas e implicaciones.

La participación, en un sentido genérico, tiene que ver con “la pretensión del hombre de ser autor de su propio drama, que se desenvuelve en un escenario pre construido en el que, simultáneamente, están presentes otros actores con variados libretos” por tanto, la participación está referida a acciones colectivas provistas de un grado relativamente importante de organización y que adquieren sentido al orientarse en una decisión colectiva.⁽⁶⁶⁾

Mills, define la participación como “un proceso permanente de formación de opiniones, dentro del seno de los grupos de trabajo y organismos intermedios, en torno a todos los problemas de interés común, a medida que, éstos, vayan surgiendo y requieran de soluciones, es decir, de decisiones” mientras Gyarmati G. plantea que es “ la capacidad real, efectiva del individuo o de un grupo de tomar decisiones sobre asuntos que, directa o indirectamente, afectan sus actividades en la sociedad y, específicamente, dentro del ambiente en que trabaja”.

La participación comunitaria fue definida en la Declaración de Alma Ata como “El proceso mediante el cual los individuos y familias asumen la responsabilidad ante su salud y su bienestar, así como por la salud de la comunidad y desarrollan la capacidad de contribuir activamente a su propio desarrollo y al de su comunidad.

La participación como función esencial en salud pública: facilitar la participación de la comunidad en las decisiones y acciones con respecto a los programas de prevención, diagnóstico, tratamiento y restauración de la salud a fin de mejorar el estado de salud de la población y promover ambientes que fomenten los estilos de vida saludable

5.7. Comités de emergencia

La mortalidad materna representa un serio problema alrededor del mundo. La gran mayoría de estas muertes son previsible si estas mujeres tuvieran acceso a servicios esenciales obstétricos. El aislamiento geográfico de las poblaciones rurales aunado a la falta de transporte determina en gran medida esta falta de acceso. Una alternativa en la solución de este problema es la organización con recursos locales en la comunidad de un sistema de evacuación comunitario para las mujeres embarazadas o parturientas y recién nacidos que se presentan con emergencias.

La capacidad que tengan los líderes comunitarios para el traslado de emergencias obstétricas y primeros auxilios de la comunidad mediante y mejorar la conciencia de las familias para disminuir las muertes maternas, así como mejorar la capacidad de los líderes comunitarios para formar comités para transporte de emergencias.⁽⁶⁷⁾

Funciones de los comités de emergencia comunitaria:

- a. apoyar a las comadronas tradicionales en el componente de atención a las embarazadas. La comadrona es la que coordina e inicia la activación del sistema de transporte de la emergencia cuando ella lo considere necesario,
- b. investigar en el ámbito comunitario en forma permanente sobre la existencia de embarazadas en la comunidad.
- c. participación en actividades comunitarias de salud.⁽⁶⁷⁾

6. Red de Servicios de Salud

Se define como, “el conjunto de establecimientos institucionales y comunitarios prestadores de servicios de salud articulados funcionalmente entre sí, con perfiles y responsabilidades diferentes de acuerdo a su capacidad de resolución” (modelo de atención).

La red de servicios de salud, parte, de las necesidades y demandas de la población, de la cantidad de población, extensión geográfica del lugar, del recurso humano, insumos y medicamentos con que se cuente para cubrir la demanda y brindar una atención de calidad, entonces la red de servicios se basa en las necesidades en salud y los recursos necesarios para satisfacerlas. Lo anterior es base en la red de servicios de salud a nivel mundial y local para que la razón de muerte materna disminuya.

6.1. Condición geográfica de los servicios de salud de Alta Verapaz y Carchá

En Guatemala existe inequidad en la red de servicios, especialmente, en el departamento de Alta Verapaz en donde solamente hay 14 centros de atención permanente, 2 hospitales distritales y 1 hospital regional, 1 centro de atención a pacientes ambulatorios, 33 puestos de salud, que atienden más de un millón de habitantes en una extensión territorial de 8,686 kilómetros cuadrados.

El municipio de San Pedro Carchá cuenta con una extensión territorial de 1,082 Km² similar extensión al departamento de Baja Verapaz (equivalente al 9.2% del territorio regional y 12.5% del territorio departamental de Baja Verapaz),⁽⁶⁰⁾ con una población de 201,617 personas (INE 2008) en 267 aldeas, entre la red de servicios se encuentran 2 centros de atención permanente en proceso de fortalecimiento y 6 puestos de salud, comparado a los servicios de salud que cuenta el departamento de Baja Verapaz.

De acuerdo a lo anterior se evidencia que existen barreras de acceso interrelacionadas y barreras geográficas relacionadas con la distancia y con la escasez de transporte para tener un servicio de atención oportuno.⁽⁴¹⁾

La organización Savethe Children indicó que los países con los índices de mortalidad materna más bajos son los que tienen un mejor sistema de salud pública, mejor educación y alfabetización mayor al 90 % de las mujeres, acceso al agua potable, estas condiciones influyen para bajar el índice de mortalidad materna.⁽²¹⁾

6.2. Atención oportuna y de calidad

La mujer tiene derecho a una atención calificada durante la maternidad, por lo que es necesario poner en marcha programas que permitan al personal del sector salud, adquirir las destrezas y conocimientos para este fin. Establecer normas, directrices nacionales para dar seguimiento al desempeño del personal calificado, invertir en los recursos necesarios que aseguren la atención calificada.⁽⁶⁴⁾

El Ministerio de Salud Pública, garantiza a través de normas y protocolos de atención, guías para la atención integrada materna y neonatal calificada en los servicios institucionales de atención del parto, para que el proveedor de salud actúe y tome decisiones de acuerdo a la morbilidad o a la complicación obstétrica que se presente en los servicios de atención del primero, segundo y tercer nivel de atención.

6.3. Normas y Protocolos de salud Reproductiva

Son las reglas que guían las acciones que el proveedor de salud debe seguir para el diagnóstico y tratamiento integral de las mujeres en su edad reproductiva, independientemente, de si está o no embarazada, durante el parto y puerperio y en los diferentes ciclos de la vida, (Normas y protocolos de atención) guías que responden al perfil epidemiológico de la población guatemalteca, adaptable a la diversidad social, cultural, étnica, lingüística y geográfica de nuestro país.

6.4. Manual de guías para el manejo de la emergencia obstétrica

Son las reglas específicas que guían las acciones que el proveedor de salud debe seguir e implementar para la atención integrada de la madre y

el neonato siendo ésta calificada, en los servicios donde atienden partos (Guía Materna).

Las normas y protocolos de atención y el manual del manejo de emergencias obstétricas hace énfasis en el proceso que se debe seguir, al identificar una emergencia, sin embargo, debe ir acompañado de insumos y medicamentos esenciales mínimos, oportunos y accesibles para dar una atención de calidad y evitar que ocurra una muerte materna.

D. Justificación

"La mortalidad materna representa un grave problema de salud pública, sus causas son evitables y es la máxima expresión de injusticia social, ya que ocurre en los países de menor desarrollo económico donde existen las cifras más altas de muertes maternas y son las mujeres pobres las que tienen mayor riesgo de morir por embarazo, parto o puerperio"⁽⁷⁾ es importante resaltar que la muerte materna afecta a toda una familia, con severas consecuencias futuras, porque se traduce en un incremento en la morbimortalidad infantil, orfandad, deserción escolar, incremento de violencia, etc.⁽²⁾ el impacto social y familiar es muy alto.

En los años ochenta se consideraba que fallecían 500,000 mujeres cada año por causas relacionadas con el embarazo, sin embargo, la OPS y la UNICEF demostraron que la magnitud del problema era más grave para 1990, ya que cada año se producían cerca de 600,000 defunciones maternas en la mayoría de países en desarrollo.⁽¹⁾

En países de América Latina se considera que fallecen más de 22,000 mil mujeres al año, especialmente, en los países pobres y los mayores riesgos lo enfrentan las mujeres en periodos reproductivos durante y/o posteriormente, al parto y en un 80 % por causas prevenibles.⁽¹⁵⁾

Estudios realizados en Guatemala han estimado niveles de mortalidad materna entre 190 a 230 por 100,000 nacidos vivos para el período 1989-1995⁽¹²⁾. En Alta Verapaz se registra una razón de muerte materna de 209.97 por 100.000 nacidos vivos para el año 2008 y en el municipio de Carchá, en el mismo periodo, reporta una razón de muerte materna de 301 por 100,000. ^{(9) (10) (28)}

La mujer es un pilar importante en el hogar, su papel de madre es trascendental en el cuidado y la formación de un nuevo ser, por lo que la defunción materna tiene repercusiones en toda la familia y la sociedad, también contribuye al incremento de las tasas de mortalidad en el neonato, al índice de orfandad, abandono por el padre de familia, sin acceso a la educación y otras repercusiones sociales.

Actualmente, no se cuenta con información sobre las características epidemiológicas y factores determinantes que influyeron en las muertes maternas ocurridas en el municipio de San Pedro Carchá, el análisis ha sido superficial, lo que representa un vacío de información para la gestión de los servicios de salud y no permite enfrentar el problema de manera técnica, y se continúa poniendo en riesgo la vida de la mujeres.

La realización del presente estudio permitirá describir características de las causas de muerte materna e identificar los factores determinantes que influyeron en las muertes ocurridas en el municipio de San Pedro Carchá, Alta Verapaz, sus resultados permitirán obtener información sobre las causas médicas y no médicas que influyen como factores determinantes en la demora del cumplimiento o no de una obligación exigible y como consecuencia, ocasionar la muerte materna, finalmente nos orientará para el desarrollo de acciones socio culturalmente aceptables que permitan la disminución de las muertes maternas, en el municipio objeto de estudio.

III. OBJETIVOS

A. General

Determinar las características epidemiológicas y factores determinantes que influyen en muertes maternas ocurridas en el municipio de San Pedro Carchá, Alta Verapaz, periodo de enero a diciembre del año dos mil nueve.

B. Específicos

- a. Determinar las características socio demográficas de muertes maternas.
- b. Establecer las causas obstétricas de muertes maternas.
- c. Identificar las demoras que influyeron en muertes maternas.
- d. Verificar la existencia del comité de emergencia activo en comunidades donde ocurrieron las muertes maternas.
- e. Evaluar el plan de emergencia en comunidades donde ocurrieron muertes maternas.

IV. MATERIALES Y MÉTODOS

A. Tipo de estudio

Descriptivo, retrospectivo, transversal realizado en el municipio de San Pedro Carchá, Alta Verapaz.

B. Población o universo

16 Muertes maternas directas ocurridas en el periodo de enero a diciembre, 2009.

C. Selección y tamaño de la muestra

Se investigaron las 16 muertes maternas directas ocurridas en el municipio de San Pedro Carchá, Alta Verapaz, reportadas al sistema gerencial de información de Dirección, Área de Alta Verapaz del Ministerio de salud Pública y Asistencia social.

D. Unidad de Análisis

Se entrevistó al familiar más cercano de la fallecida (esposo/viudo, padre o madre, otro) quien atendió, directamente, desde que inició el proceso de trabajo de parto hasta que falleció la mujer.

E. Criterio de Inclusión y exclusión

a. Criterios de inclusión

Muertes maternas directas que ocurrieron en el municipio.

b. Criterios de exclusión

- Muerte materna tardía que ocurrió en el municipio.
- Muertes maternas que ocurrieron en el municipio de San Pedro Carchá, residentes de otros municipios o departamentos.
- Muerte materna relacionada con la gestación pero por causas no especificadas.

F. Variables estudiadas en la investigación

- Características Socio –Demográficas
- Causas obstétricas de Muerte
- Demoras en la atención de la mujer que fallece por causa obstétrica
- Comité de emergencia comunitaria
- Plan de emergencia activa

La definición y operacionalización de variables se presentan en las siguientes páginas.

Variable	Definición	Indicador	Tipo de variable	Escala de medición
Características Socio - Demográficas	Características de la población relacionada con: edad, estado civil, escolaridad, ocupación, religión, procedencia, grupo étnico, idioma y lugar de ocurrencia de muerte materna	<u>Edad: entre</u> 10 - 15 años 16 - 20 años 21- 25 años 26 - 30 años 31 - 35 años 36 - 40 años 41 - 45 años 46 y mas	Cuantitativa	Proporción
		<u>Estado civil</u> Casada Soltera Viuda Divorciada Unida	Cualitativa	Nominal
		<u>Religión</u> Católica Protestante	Cualitativa	Nominal
		<u>Grupo étnico</u> Indígena No indígena	Cualitativa	Nominal
		<u>Idioma</u> Q'eqchi' Castellano/Q'eqchi'	Cualitativa	Nominal

		Poq'omchi' Otros		
		<u>Procedencia</u> Urbano Rural	Cualitativa	Nominal
		<u>Escolaridad</u> Ningún tipo de estudio Nivel primario Nivel básico Nivel diversificado Nivel Universitario	Cualitativa	Ordinal
		<u>Ocupación:</u> Ama de casa Estudiante Profesional	Cualitativa	Nominal
Causas obstétricas de muertes maternas	Muertes de las mujeres por causas obstétricas	<u>Causa de muerte materna</u> No. de muertes maternas directas	Cuantitativa	Razón
		<u>No. de muertes maternas por:</u> Hemorragias, durante el embarazo, parto o puerperio Atonía uterina	Cuantitativa	Proporción

		<p>Sépsis puerperal</p> <p>Retención placentaria</p> <p>Hipertensión Arterial</p> <p>Abortos</p>		
<p>Demoras que influyeron en la muerte materna</p>	<p>Son causas médicas o no médicas que influyen como factores determinantes en la demora del cumplimiento o no, de una obligación exigible y como consecuencia ocasionar la muerte materna</p>	<p><u>Demora en identificar signos y señales de peligro</u></p> <p><u>Identificación de signos y señales de peligro</u></p> <p>Hemorragia</p> <p>Dolor de cabeza</p> <p>Dolor epigástrico</p> <p>Ruptura prematura de membranas</p> <p>Fiebre</p> <p>Visión borrosa</p> <p>Ausencia de movimientos fetales</p> <p><u>Persona que reconoce los signos y señales de peligro</u></p> <p>Paciente</p> <p>Esposo</p>	<p>Cualitativa</p>	<p>Nominal</p>

		<p>Suegra</p> <p>Abuelos</p> <p>Ancianos de la comunidad</p> <p>Comadrona</p> <p>Otros</p> <p><u>Existencia del plan de emergencia familiar vigente</u></p> <p>Sí No</p> <p>Por qué</p>		
		<p><u>Demoras en la toma de decisiones para buscar ayuda</u></p> <p><u>Persona que toma las decisiones para buscar ayuda</u></p> <p>Paciente</p> <p>Esposo</p> <p>Suegra</p> <p>Abuelos</p> <p>Ancianos de la comunidad</p> <p>Comadrona</p> <p>Otros</p> <p><u>Persona que acude a la</u></p>	Cualitativa	Nominal

		<u>atención de la complicación obstétrica</u> Ninguno Esposo Suegra Abuelos Comadrona Terapeutas Tradicionales Personal de salud <u>Tiempo transcurrido para la atención de la paciente</u> ½ Hora 1 hora 6 horas 24 horas		
		<u>Demoras en la existencia de un medio de transporte y comunicación a un servicio de salud</u> <u>Tiempo entre la comunidad y el servicio de salud más cercano</u>	Cualitativa	Nominal

		<p>1 – 3 horas</p> <p>3 y 6 horas</p> <p>12 horas</p> <p>24 horas</p> <p><u>Características de la vía de acceso para llegar a un servicio de salud</u></p> <p>Asfalto</p> <p>Terracería</p> <p>Vereda</p> <p>Vía acuática</p> <p>Vía Aérea</p> <p><u>Transporte</u></p> <p>A caballo</p> <p>En lancha</p> <p>Vehículo de cuatro ruedas</p> <p>Motocicleta</p> <p>Bicicleta</p> <p>A pie</p> <p>Otro</p> <p><u>Vías de comunicación</u></p> <p>Celulares</p> <p>Teléfonos estacionarios</p>		
--	--	--	--	--

		<u>realizado</u> Parto Normal Cesárea Referencia a otro nivel Otro <u>Condición de la paciente al ingresar al servicio de salud</u> Paciente normal Grave Inconsciente <u>Tiempo de fallecimiento desde su ingreso al servicio de salud</u> Menos de 1 hora Una hora Seis horas 24 horas o más <u>Lugar de ocurrencia</u> Domicilio Vía publica CAP CAIMI Hospital		
--	--	---	--	--

<p>Comité de emergencia</p>	<p>Grupo de personas que se organizan para dar respuesta a las limitaciones encontradas para la atención y evacuación de emergencias de salud, con prioridad a las emergencias obstétricas que ocurren en la comunidad</p>	<p><u>Existe un comité de emergencia organizado para dar respuesta a las emergencias obstétricas en la comunidad</u></p> <p>Si No</p> <p>Si la respuesta es sí.</p> <p>Preguntar por los nombres:</p> <p><u>Participación de los miembros del comité de emergencia cuando la señora presentó problemas</u></p> <p>Si No</p> <p>Describa cuál fue la participación de los integrantes del comité de emergencia</p>	<p>Cualitativo</p>	<p>Nominal</p>
<p>Plan de emergencia comunitario activo</p>	<p>Instrumento que identifica los problemas actuales de los habitantes de la comunidad y acciones que se ejecutarán en caso de emergencias.</p>	<p>Existencia de plan de emergencia comunitario activo al presentarse una emergencia obstétrica</p> <p>Sí No</p>	<p>Cualitativo</p>	<p>Nominal</p>

		Si la respuesta es no ¿por qué? Verificar la existencia del plan de emergencia		
--	--	---	--	--

G. Instrumento

Se diseñó un instrumento de recolección de datos tipo entrevista semi estructurada para la recolección de datos, con 37 ítems, distribuidos en 5 secciones, la primera seccion recolectó datos socio demograficos de la mujer que falleció por causas obstétricas, la segunda, causa de muerte materna, la tercera, demoras que influyeron en la muerte materna antes de fallecer, la cuarta, existencia de un comite de emergencia y, finalmente, la quinta, evaluacion de un plan de emergencia comunitaria ante emergencia obstétrica (ver anexos)

G.1. Procedimientos para la recolección de datos

El proceso de recolección de datos se realizó a través de técnicas y procedimientos que se describen a continuación:

G.1.1. Técnicas

Se utilizó la técnica de observación y la entrevista dirigida a los sujetos que participaron en el estudio - Esposo /viudo, padre, madre, suegra o persona que estuvo directamente en la atención de la paciente desde el inicio del trabajo de parto o complicación obstétrica hasta el momento de

fallecer, se respetó su privacidad e individualidad, se les formularon las preguntas a través de una persona que fungió como entrevistador previamente capacitado y con la característica de hablar el idioma Q'eqchi', para obtener un diálogo de confianza entre entrevistador y entrevistado.

G.1.2. Procedimientos

Los datos se recolectaron previa solicitud de autorización de las siguientes autoridades:

- a. Director de Área de Salud de A.V.
- b. Alcalde Municipal
- c. Directora distrito de salud de San Pedro Carchá, apoyando el proceso por ser tema de interés colectivo.

Se validó el instrumento con 3 personas que reunieron las características de los casos definidos para el estudio en los municipios de Chisec, Chamelco y Cobán, Alta Verapaz, realizando el siguiente proceso:

Se investigó en la Dirección del Área de Salud, el número total de muertes maternas en el departamento de Alta Verapaz.

Se identificó el número de muertes maternas por municipio y residencia que determinó el área de pilotaje.

- Se seleccionaron 3 muertes maternas que llenaron las características de investigación para no sesgar la validez del instrumento aplicado.

- Se tomó como base al grado de dificultad y distancia a servicios de salud, para determinar los lugares de pilotaje, lo cual determinó las debilidades del instrumento.
- ✓ Aplicación del Instrumento de recolección de datos
- A la población objeto de estudio se le dieron a conocer los objetivos, el procedimiento, los alcances y riesgo del estudio, seguidamente, se solicitó y firmó el consentimiento informado para participar en el estudio.
- Finalmente, se procedió a recolectar los datos en la población objeto de estudio.

G.1.3. Análisis de los resultados

Para el procesamiento de datos recolectados se utilizó el programa Excel, se aseguró el ingreso correcto de los datos.

El análisis epidemiológico se realizó con base en la estadística descriptiva para cada variable, con la técnica de análisis univariado de datos.

Se diseñaron tablas para la presentación y discusión de resultados.

G.1.4. Aspectos éticos de la investigación

El proceso de investigación fue regido por las norma éticas de la declaración de Helsinki, a través del principio de justicia y autonomía, con derecho a la autodeterminación de las personas que participarán en la investigación.

Se informó el propósito de la investigación, la utilidad de los resultados y las consecuencias o repercusiones que tendrá en la vida de los implicados.

Se les informó del derecho a decidir participar en el estudio y de abandonarlo en el momento que desee, sin tener ningún tipo de presión o represalia por su decisión.

Se le garantizó la confidencialidad en el uso y manejo de la información que se obtenga del participante, así mismo, el respeto a la privacidad y a la seguridad a la integridad física.

Finalmente, se les solicitó firmar el consentimiento informado para ratificar su participación en el estudio.

V. RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados de la investigación, Características epidemiológicas de muertes maternas en San Pedro Carchá Alta Verapaz, periodo enero – diciembre de 2009.

Los datos se organizan de la siguiente manera: en primer lugar se presentan las características socio demográficas de mujeres que fallecen por causas obstétricas, reportados en el período antes mencionado. Luego las causas que ocasionaron la muerte. A continuación, las demoras que influyeron en la muerte materna, la existencia de comités de emergencias de salud y planes de emergencias activas en comunidades donde ocurrieron las muertes maternas

1. Características de la población

Tabla 1. Características socio demográficas.

Edad	Frecuencia
10 – 15	0
16 – 20	2
21 – 25	2
26 - 30	1
31 - 35	4
36 - 40	4
41 - 45	2
46 - +	1
Estado Civil	Frecuencia
Casada	12
Soltera	1
viuda	0
Divorciada	0
Unida	3
Religión	Frecuencia
Católica	9
Protestante	7
Grupo étnico	Frecuencia
Indígena	16
No indígena	0
Idioma	Frecuencia
Q'eqch'i	12
Castellano / Q'eqch'i	4
Poq'ch'i	0
Procedencia	Frecuencia
Rural	15
Periurbana	1
Escolaridad	Frecuencia
Ningún tipo de estudio	7
Nivel primario	6
Nivel básico	3
Nivel diversificado	0
Ocupación	Frecuencia
Ama de casa	13
Otro	3

Fuente: Instrumento de recolección de datos

La mayoría de mujeres que falleció por causas obstétricas se encuentra entre las edades de 31 a 40 años de edad (50 %), el 75 % fueron casadas, de religión católica (56 %), predominantemente indígenas de habla Q'eqch'i, procedentes de comunidades rurales (94 %), el 44 % no tiene ningún tipo de estudio, dedicadas en su mayoría a ser amas de casa (81 %).

2. Causas que ocasionaron las muertes maternas de las mujeres.

Tabla 2. Signos y señales que presentó la mujer.

Señales	Frecuencia
Trabajo de parto normal con ausencia de movimientos fetales	1
Convulsiones	1
Hemorragia posterior al parto y dificultad para el alumbramiento de la placenta	6
Dificultad para respirar	1
Presión Alta indicado por personal de salud	3
Fiebre	1
Fiebre y hemorragia después de una cesárea	1
Hemorragia por nacimiento de niño en podálica	1
Expulsión de miembros inferiores	1

Fuente: Instrumento de recolección de datos

El signo más frecuente reportado fue la hemorragia por retención de la placenta y presión alta previamente indicado por personal de salud.

.Tabla 3. Causas obstétricas de muerte materna

Causas	Frecuencia
Hemorragia post parto	6
Ruptura uterina	1
Sépsis Puerperal	2
Parto obstruido	1
Pre-eclampsia y Eclampsia	2
Hipertensión arterial	3
Otras complicaciones	1

Fuente: Instrumento de recolección de datos

La hemorragia post parto y la hipertensión arterial fueron las causas que con mayor frecuencia produjeron muertes maternas.

3. Demoras que influyeron en muertes maternas

Primera demora

Tabla 4. Conocimiento de los signos y señales de peligro en entorno familiar.

Conocimiento signos/señales	Frecuencia
Si	7
No	9

Fuente: Instrumento de recolección de datos

La mayoría de personas que estuvo en el entorno de la mujer que falleció no conoce los signos y señales de peligro.

Tabla 5. Presencia de problemas de salud durante el embarazo.

Presencia de problemas-salud	Frecuencia
Si	6
No	10

Fuente: Instrumento de recolección de datos

La mayoría de mujeres que falleció por causas obstétricas no presentó problemas de salud durante el embarazo.

Tabla 6. Signos y señales de peligro que identificaron las personas en el entorno familiar

Signos y señales	Frecuencia
Hemorragia	6
Dolor de Cabeza	4
Fiebre	6

Fuente: Instrumento de recolección de datos

Los signos y señales de peligro que las personas identificaron en el entorno de las mujeres que fallecieron por causas obstétricas fueron las hemorragias y la fiebre, predominantemente.

Tabla 7. Persona que reconoció los signos y señales de peligro.

Persona	Frecuencia
Paciente	3
Esposo/viudo	8
Suegra	2
Abuelos	0
Comadrona	1
Personal de salud	1
Terapeutas tradicionales	1

Fuente: Instrumento de recolección de datos

La persona que reconoció los signos y señales de peligro en la mayoría de los casos fue el esposo.

Tabla 8. Plan de emergencia familiar elaborado por personal de salud.

Existencia de plan de emergencia	Frecuencia
Si	4
No	12

Fuente: Instrumento de recolección de datos

La mayoría de mujeres que falleció no tuvo la oportunidad de tener un plan de emergencia familiar elaborado por personal de salud.

Segunda demora

Tabla 9. Persona que decidió buscar ayuda para atender la emergencia obstétrica.

Persona	Frecuencia
Paciente	2
Esposo	10
Suegra	1
Abuelos	0
Comadrona	1
Terapeutas tradicionales	0
Personal de salud	1
Otras (Autoridades)	1

Fuente: Instrumento de recolección de datos

La persona que decidió buscar ayuda, para la atención obstétrica de la mujer que falleció, fue el esposo y en menor frecuencia el personal de salud.

Tabla 10. Persona que acudió para atender la emergencia obstétrica.

Persona	Frecuencia
Ninguno	0
Esposo	1
Suegra	0
Abuelos	0
Comadrona	7
Terapeutas tradicionales	1
Personal de Salud	7

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Las personas que con mayor frecuencia acudieron para atender la emergencia obstétrica, en la mujer que falleció, fueron: la comadrona y personal de salud.

Tabla 11. Tiempo que transcurrió para atender la emergencia.

Tiempo en horas	Frecuencia
1/2	3
1	3
6	1
24	7
No se sabe	2

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

La mayoría de las mujeres que falleció por causas obstétricas fue atendida un día más tarde de haber buscado ayuda

Tercera demora

Tabla 12. Tiempo entre la comunidad y el servicio de salud para la solución de la emergencia obstétrica.

Tiempo en horas	Frecuencia
1 – 3	11
3 – 6	4
12	1
24	0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

El tiempo que existe entre la comunidad y el servicio de salud que atendió las emergencias obstétricas, está entre 1 y 6 horas.

Tabla 13. Características de las vías de acceso de las comunidades hacia los servicios de salud.

Característica de las vías de acceso	Frecuencia
Asfalto	13
Terracería	16
Vereda	8
Vía acuática	0
Vía aérea	0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

La mayoría de las vías de acceso de las comunidades hacia los servicios de salud para la solución de la emergencia obstétrica es de terracería.

Texto 1. Transporte que se utilizó de la comunidad hacia los servicios de salud.

Todas las comunidades cuentan con vehículo de 4 ruedas para desplazarse de la comunidad a un servicio de salud (Camiones, Pick up y microbuses) pero en 8 deben recorrer a pie una vereda para encontrar un vehículo de 4 ruedas

Fuente: Instrumento de recolección de datos

Texto 2. Red telefónica en las comunidades.

La mayoría de las comunidades cuenta con una red telefónica celular para comunicarse.

Fuente: Instrumento de recolección de datos

**Tabla 14. Vía rápida de comunicación entre la comunidad
Y los servicios de salud.**

Vías de comunicación	Frecuencia
Celulares	13
Radios	1
Otros	2

Fuente: Instrumento de recolección de datos

La vía más rápida de comunicación entre las comunidades y los centros de salud es el servicio de celular.

Cuarta demora

Tabla 15. Asistencia a servicio de salud para atender la emergencia obstétrica

Asistencia a servicio de salud	Frecuencia
Si	10
No	6

Fuente: Instrumento de recolección de datos

La mayoría de las mujeres que presentaron emergencias obstétricas asistió a un servicio de salud para ser atendidas.

Texto 3. Servicio de salud donde fue atendida la mujer con complicaciones obstétricas

La mayoría de mujeres que buscó servicios de salud para la atención de complicaciones obstétricas fue atendida en hospitales (servicios del tercer nivel de atención)

Fuente: Instrumento de recolección de datos

Tabla 16. Tiempo de espera en el servicio de salud para ser atendida.

Tiempo horas	Frecuencia
Menos de 1/2	7
1/2	0
6	0
24	1
No se sabe	2

Fuente: Instrumento de recolección de datos

La mayoría de las mujeres que asistió a los servicios de salud por emergencia obstétrica fue atendida inmediatamente.

Tabla 17. Persona de salud que brindó la atención.

Tipo de Personal	Frecuencia
Médico	7
Enfermera	1
Auxiliar de Enfermería	0
No saben	2

Fuente: Instrumento de recolección de datos

La mayoría de mujeres que asistió a los servicios de salud para atención de emergencia obstétrica fue atendida por médicos.

Tabla 18. Condición de ingreso al servicio de salud.

Condición	Frecuencia
Paciente normal	3
Grave	4
Inconsciente	3

Fuente: Instrumento de recolección de datos

La condición de ingreso de la mayoría de las mujeres por emergencia obstétrica a los servicios de salud es de gravedad.

Tabla 19. Procedimiento realizado durante la atención de la emergencia obstétrica.

Procedimiento	Frecuencia
Parto Normal	1
Cesárea	4
Referencia a otro nivel	2
No saben	3

Fuente: Instrumento de recolección de datos

En la mayoría de las mujeres el procedimiento utilizado para la atención de la emergencia obstétrica fue la cesárea.

Tabla 20. Tiempo del fallecimiento desde el ingreso al Servicio de salud.

Tiempo en horas	Frecuencia
Menos de 1	3
Una	1
Seis	0
24 o más	6

Fuente: Instrumento de recolección de datos

El tiempo transcurrido desde el ingreso al servicio de salud y el fallecimiento de la mayoría de las mujeres es de 24 horas o más.

Tabla 21. Lugar donde fallecieron las mujeres por causas obstétricas.

Lugar	Frecuencia
Domicilio	7
Vía pública	1
Centro de Atención permanente CAP	1
Hospital	7

Fuente: Instrumento de recolección de datos

La muerte de mujeres que presenta complicaciones obstétricas, ocurre, en su mayoría, en el domicilio y en hospitales. (Servicios del tercer nivel de atención).

Texto 4. Servicio de salud donde falleció la mujer por causas obstétricas.

La mayoría de muertes de mujeres por causas obstétricas, ocurre en el hospital regional de Cobán 4/10, 2 fallecen en el hospital general de San Juan de Dios y en menor número 1/10 en clínicas privadas de la ciudad capital. El 20 % de las que ingresaron al hospital regional, fueron dadas de alta y, finalmente, fallecen en su domicilio

Fuente: Instrumento de recolección de datos+

4. Existencia del comité de emergencia activo

Texto 5. Existencia de un comité para la atención de emergencias en comunidades.

En la mayoría (13) de comunidades donde fallecieron las mujeres por causas obstétricas existe comité organizado para la atención de emergencias de salud, 11 de estos manifestaron conocer a algunos integrantes, 2 de los entrevistados que indicaron tener comité en su comunidad, manifestaron no conocer a ningún integrante. Los resultados nos indican que 3 comunidades no tienen comité organizado para atender las emergencias obstétricas.

Fuente: Instrumento de recolección de datos

Texto 6. Conocen e identifican a los integrantes del comité para la atención de emergencias obstétricas.

De 13 personas que refirieron contar con comité organizado para la atención de emergencias en su comunidad, 11 manifestaron conocer a los integrantes del comité.

Fuente: Instrumento de recolección de datos

Texto 7. Participación de los integrantes del comité durante la atención de la mujer que presentó y falleció por complicaciones obstétricas

De 11 personas que manifestaron conocer a los integrantes del Comité de su comunidad, 5 refirieron haber recibido apoyo para el traslado al servicio de salud.

De acuerdo con lo anterior, de 13 comunidades que cuentan con Comité, organizado, sólo 5 son activos porque apoyaron, de alguna manera la emergencia presentada, mientras que el resto no participa, hubo un entrevistado que indicó que al buscarlos se enojaron, les respondieron mal y, finalmente, no ayudaron.

Fuente: Instrumento de recolección de datos

5. Existencia de un plan de emergencia activo en la comunidad

Texto 8. Existencia de plan de emergencia activo en las comunidades.

De 13 personas entrevistadas que indicaron tener en su comunidad un Comité de emergencia de salud organizado, sólo 4 manifiestan que existe un plan de emergencia activo en el salón comunal o centro de convergencia de la comunidad.

Fuente: Instrumento de recolección de datos

Texto 9. Conocimiento del plan de emergencia activo por las familias.

De las personas entrevistadas, 12/16 la mayoría manifiesta que las familias no conocen los planes de emergencia.

Fuente: Instrumento de recolección de datos

Texto 10. Importancia del apoyo del comité de emergencia de salud en las comunidades donde fallecen las mujeres por causas obstétricas.

Todas las personas entrevistadas consideran importante el apoyo de quienes integran el comité de emergencias de salud.

Fuente: Instrumento de recolección de datos

Tabla 22. Explicación del porqué las mujeres fallecen, según las personas entrevistadas

Razones de fallecimiento	Frecuencia
Miedo y vergüenza	2
Machismo	1
Descuido	6
Transporte	1
Acceso a consejería e información oportuna	3
Acceso oportuno a servicios de salud	1
Edad de la mujer	1
Apoyo local y de personal de salud	1

Fuente: Instrumento de recolección de datos

Las personas entrevistadas manifiestan que las mujeres fallecen por descuido y por el acceso a consejería e información oportuna.

Tabla 23. Acciones para reducir las muertes maternas.

Tipo de acciones	Frecuencia
Buscar apoyo oportuno a nivel local	7
Seguir recomendaciones del personal de salud	2
Asistir a servicios de salud	1
Buscar transporte, oportunamente	1
Conocer y participar en los planes de emergencia	1
Reunir fondo para el traslado	1
No llevarla al hospital porque no atienden bien	2

Fuente: Instrumento de recolección de datos

Las personas entrevistadas manifiestan que para contribuir a reducir la muerte materna en su comunidad deben buscar apoyo oportuno en el nivel local.

Tabla 24. Recomendaciones brindadas por la persona entrevistadas, dirigidas a familias de comunidades.

Recomendaciones	Frecuencia
No asistir a hospitales	2
Participar en reuniones locales	2
Buscar ayuda, oportunamente	3
Asistir a los servicios de salud	2
Coordinar con los comités de salud	2
Pone en práctica el plan familiar y comunitario	2
Consejería e información oportuna	3

Fuente: Instrumento de recolección de datos

Las personas entrevistadas recomiendan a las familias buscar ayuda, tener acceso a la consejería e información, oportunamente, para evitar la muerte de mujeres por causas obstétricas.

VI. DISCUSIÓN

A continuación se presenta el análisis de resultados que se obtuvo del estudio que determinaron las características epidemiológicas de muertes maternas ocurridas en el municipio de San Pedro Carchá, Alta Verapaz período enero – diciembre, año 2009”.

En primer lugar se analizan los resultados que determinaron las características socio demográficas de las mujeres que fallecen por causas obstétricas. Seguidamente, las causas obstétricas de muerte materna. Luego, las demoras que influyeron como factores determinantes en muertes maternas y la existencia del comité de emergencia activo en comunidades donde ocurrieron muertes maternas. Finalmente, la evaluación del plan de emergencia comunitario en dichas comunidades, elementos importantes que influyen en el abordaje de una emergencia obstétrica en la comunidad

1. Características socio - demográficas

Diferentes estudios destacan la influencia que los factores socio demográfico y obstétrico ejercen sobre la ocurrencia de la muerte materna, entre ellos la edad, etnia, estado civil, escolaridad, lugar del parto y persona que lo asiste, sin hacer mención en la relevancia e influencia de la religión entre las mujeres que mueren.⁽⁸⁾

Los datos muestran que 8 de 16 mujeres que fallecieron por causas obstétricas directas, se encontraron entre los 31 y 40 años de edad, Alta Verapaz, en el mismo período presentó que el 42.25 % falleció entre las edades de 25 a 39 años.⁽⁹⁾ El Centro Nacional de Epidemiología en el boletín de la 13^a semana epidemiológica reporta para 2008 que la mayoría ocurrió entre las

edades de 30 a 34 años, en el 2009 entre 20 a 24 años y 30 a 34 años de edad⁽³²⁾. Kestler y Ramírez, en Guatemala, en el periodo 1993-1996, encontró que la mayor proporción de muertes maternas ocurrieron en mayores de 35 años de edad.⁽⁸⁾

La literatura internacional documenta el hecho de que ésta complicación se presenta con mayor agudeza en los extremos de la edad reproductiva (menores de 20 años y mayores de 35 años).⁽⁸⁾ Los estudios, actualmente, evidencian que la tendencia es de aumentar en las adolescentes. Karam Calderón Á, Bustamante Montes P, Campuzano Gonzales M, Camarena Pliego Á. en el estudio, Aspectos sociales de la mortalidad materna en el Estado de México reportan que el promedio de las mujeres que fallecieron osciló entre los 28 y 29 años, con una mínima entre los 12 y los 17 años, para el año 2007.⁽²⁾

Según Carranza Camey Rafael, las mujeres comienzan su vida reproductiva a los 19 años, en Alta Verapaz, lo que constituye uno de los factores determinantes relacionados con la mortalidad materna.⁽⁵⁸⁾

Actualmente, en Guatemala no se conocen datos del estado civil de mujeres que fallecen, variable incluida en la línea de base 2007 que actualmente, se investiga. Sin embargo para el año 2000, Kestler y Medina encontró en Guatemala mayor proporción (87.13 %) de muertes en mujeres casadas o unidas.⁽⁸⁾ En el municipio de San Pedro Carchá, 12 de 16 mujeres que fallecieron fueron casadas (Tabla No. 1). En México el 46 % de muertes maternas se dan en mujeres casadas⁽²⁾. Parece darse una tendencia al cambio con el tiempo, pues, mientras desciende el porcentaje de casadas, aumenta el de solteras y unión libre.⁽²⁾

En cuanto a la religión, 9 de 16 mujeres que fallecieron pertenecieron a la religión católica (Tabla No. 1), variable que no ha sido considerado en otros

estudios, aunque la brecha que existe entre protestantes y católicos no es representativa.

Garnica Marroquín, F. L. manifiesta que las mujeres que participaron en su estudio solamente hablaban su idioma natal (Q'eqchi'), por lo que fue necesario utilizar traductores para obtener información.⁽⁷¹⁾ El observatorio en salud reproductiva de Alta Verapaz, en su estudio La muerte materna: sucesos y consecuencias para los huérfanos, las familias y las comunidades, estudio de caso en Alta Verapaz, hace referencia que el 92 % de los que habitan en el municipio de Carchá, viven en el área rural, el 97 % son indígenas y en su mayoría hablan Q'eqchi'.⁽⁷⁴⁾

Todas las mujeres que fallecieron por causas obstétricas, en el municipio de San Pedro Carchá durante el 2009, fueron indígenas, 12 de 16 hablaban el idioma Q'eqchi' (Tabla No. 1), consistente a los estudios de Garnica Marroquín y el Observatorio en salud reproductiva de Alta Verapaz.

De acuerdo con procedencia, Kestler y Medina encontraron en Guatemala, que la mayoría de muertes se dieron fuera del hospital y lo relaciona con el hecho de que una alta proporción de esta población habita en áreas rurales.⁽⁸⁾ En el municipio de San Pedro Carchá 15 de 16 que fallecen son procedentes de comunidades del área rural,⁽¹¹⁾ las que se comunican a través de caminos de terracería. El 44% de las comunidades no cuenta con carreteras de ningún tipo, únicamente, por caminos o veredas que se pueden transitar a pie y en ocasiones en moto.⁽⁷¹⁾

En cuanto a la ocupación, 13 de 16 mujeres se dedicaron a ser amas de casa, 3 de 16 salen de su hogar para realizar otros oficios por no tener otra alternativa de vida (Tabla No. 1). Kestler y Medina en su estudio, indican que el riesgo aumenta si las mujeres son indígenas y sin pareja, pero se incrementa ocho veces más, si se tiene una ocupación no remunerada, la proporción de

mujeres con una ocupación no remunerada fue alta en ambos grupos, 98.9% en MM no hospitalarias y 88.8% hospitalarias.⁽⁸⁾

Resultados de estudios de la Organización Mundial de la Salud, en el año 2005 indican que las condiciones de vida de la población indígena agravan la situación. Los indicadores de desarrollo de Guatemala señalan que el tiempo que tomaría mejorar las condiciones de vida (ODM) de los indígenas es de 83 años, mientras que para los ladinos es de 23 años (Martorell, Flores y Hickey, 2002). (14) Factores que al relacionarse con los niveles de educación y aspectos culturales de las poblaciones indígenas las pone en desventaja porque son limitantes para el acceso a los servicios de salud y los convierte en un grupo de alto riesgo.⁽⁸⁾

En cuanto a la escolaridad, 7 de 16 mujeres que fallecieron en el municipio de San Pedro Carchá no tienen ningún tipo de estudio, 6 de 16 solamente inició la primaria. Al comparar datos del nivel nacional en el análisis de la “Situación de salud de Guatemala 2007” hace referencia sobre la relación escolaridad/mortalidad materna, muestra que las mujeres sin ninguna escolaridad representaban el 66.5 % de todas las muertes, a diferencia de las que alcanzan educación secundaria, mueren una de cada 30 y con educación universitaria, muere una en 99 mujeres.⁽²⁷⁾

Los datos que se presentan en México, de acuerdo a Karam Calderón Á, Bustamante Montes P, Campuzano Gonzales M, Camarena Pliego Á. en el estudio realizado sobre aspectos sociales de la mortalidad materna: estudio de caso en el estado de México, demuestra que el 6.2% de las mujeres que murieron por una causa materna no habían asistido a la escuela, el 14% no terminó la primaria, un 22% sí lo hizo y el 58% contaba con estudios de secundaria o más en México y la razón de muerte materna ha disminuido en los últimos años.

Carranza Camey, en su informe del taller de análisis de enfermedad y muerte materna en el departamento de Alta Verapaz, reitera que durante varios años, la población de Alta Verapaz mantiene las tasas más elevadas de analfabetismo en el ámbito nacional, del total de población analfabeta el 70% se estima que son mujeres. Significa que muy pocas de las mujeres adultas, cuentan con conocimientos para ayudarse o buscar ayuda calificada durante el embarazo el parto y el puerperio.⁽⁵⁸⁾

Se reconoce entonces la importancia de la educación de las niñas y mujeres, para que esta brecha social no sea el factor de riesgo en las mujeres,⁽²⁷⁾ al compararnos con los datos de México, observamos que Guatemala debe enfocar esfuerzos en la educación de la mujer guatemalteca.

Para la discusión de los resultados del estudio se consideró la teoría de Lalonde (1974) quien identificó como determinantes sociales los estilos de vida, el ambiente, la biología, teoría que incorpora al sistema de salud como un determinante social, porque el deterioro o mejora del estado de salud tiene un efecto de retroalimentación respecto a la posición socioeconómica y el sector salud quien tiene un rol importante en promover y coordinar políticas de acción sobre determinantes sociales.⁽⁴⁾ Se tomó en cuenta los determinantes estructurales, individuales y los asociados al sistema de salud, aceptados y propuestos por la Comisión sobre los determinantes sociales de la salud (OMS, 2005).

2. Causas de mortalidad materna

La causa de mortalidad materna es una enfermedad o lesión que inicia un proceso de acontecimientos durante la gestación, parto o puerperio, que conduce y da lugar al deceso de una mujer.⁽⁶⁹⁾

Se estima que entre 50 y 90% de las muertes maternas en Guatemala, son prevenibles, en la actualidad las mujeres continúan muriendo por hemorragia, complicaciones de aborto, sepsis y eclampsia. ⁽¹²⁾

El municipio de San Pedro Carchá aporta el 23 % de las muertes al departamento de Alta Verapaz, para el año 2009 presentó una razón de muerte materna de 335 por 100,000 nacidos vivos, el departamento de Alta Verapaz registra 271.67 por 100,00 nacidos vivos, el nivel nacional presenta 248.2 por 100,000 nacidos vivos durante los meses de enero - abril 2009.

En la línea de base del 2000 se presentó una razón de 150 por 100,000 nacidos vivos y se observa una disminución en los años 2007 (115) y 2008 (119.77), según análisis de la situación de la mortalidad materna en Guatemala, 2000 - 2009 realizada por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social en su Semana epidemiológica No. 08, ⁽³²⁾ contrario a lo que presenta el municipio de San Pedro Carchá que supera el departamental y el nacional con una brecha casi del 50 %.

Blanco Muñoz J. en su estudio, sobre mortalidad materna recomienda que la muerte materna debe comprenderse desde el ángulo clínico y social, desde el punto de vista clínico⁽⁵⁷⁾ porque la mayoría de las muertes se produce por una muerte obstétrica directa y, efectivamente, las ocurridas en el municipio de San Pedro Carchá, el 100 % fue muerte materna directa, el 95 % en Alta Verapaz, con similitud a lo encontrado a nivel nacional.

Las muertes maternas se relacionan con causas obstétricas, en su mayoría, se da durante el embarazo, parto y post parto,⁽⁷⁾ principalmente, por hemorragias, situación que tiende a agravarse en los próximos años, porque es una de las causas prioritarias de muerte que incrementa cuatro veces la posibilidad de morir en los hogares.⁽⁸⁾

Capurro H, en su estudio sobre Mortalidad materna, con enfoque de riesgo hace énfasis que del total de mujeres que fallecen en el mundo, el 80% está vinculada con el embarazo, parto y puerperio de las cuales el 25% son por Hemorragia, el 15% por Infecciones, 13% por Aborto, el 12% por Eclampsia, 7% parto obstruido y 8% por otras causas directas. La mayoría de las muertes son evitables.⁽⁵⁷⁾

La OPS, en la estrategia para la reducción de la mortalidad y morbilidad materna, documenta a escala promedio mundial, para el 2003 que en todos los Estados Miembros de la organización predominaron las causas obstétricas directas, superando el 70%,⁽³⁾ similar relación con las causas y porcentajes que Capurro H, reporta en el estudio Mortalidad materna, con enfoque de riesgo.⁽⁵⁷⁾ Existe variación para los años de 1997 al 2002 para América latina y el Caribe en la que se registra como causa, las hemorragias (21 %), sepsis/infecciones (8 %), trastornos de hipertensión (26 %), obstrucción del parto (13 %), complicaciones por práctica de abortos (12 %) y otras causas (21 %), según el informe del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia en el estudio sobre Salud materna en el año 2008.

Cuando se analizan los datos en Centro América, se observa que para el año 2003 en Honduras, del total de muertes que se reportan, el porcentaje de las causas de muerte por hemorragia se duplica (45 %); seguido de trastornos hipertensivos (18%), y, finalmente, aparecen las infecciones (12%).⁽²⁰⁾

En Guatemala las mujeres continúan muriendo por hemorragia, complicaciones del aborto, sepsis y eclampsia,⁽¹²⁾ el departamento de Quetzaltenango no difiere mucho con Alta Verapaz, reporta para el año 2008 que las muertes maternas ocurrieron por hemorragias (37%), hemorragias e infecciones (21%) e infecciones (16%).⁽⁵⁾

Carranza Camey, en su informe del taller de análisis de enfermedad y muerte materna en el departamento de Alta Verapaz, presenta datos de las causas de mortalidad materna en la década de los noventa, siendo éstas, la hemorragia vaginal, la hemorragia post parto y la retención de placenta, interpretadas de manera común como pérdida de sangre durante y posterior al embarazo, aparecen como la primera causa directa de muerte; siendo la complicación que causa el 50% de las muertes en Alta Verapaz, en los diferentes años estudiados.⁽⁵⁸⁾

En la actualidad no han variado estas circunstancias, según la sala situacional realizada por la unidad de epidemiología de la dirección del Área de Salud de Alta Verapaz 2009, porque las causas de muerte siguen siendo similares a las reportadas en la década de los noventa. Esto es similar a lo reportado en un estudio realizado en Honduras, las causas reportadas fueron las hemorragias (49 %), Eclampsia (22 %), separando como causa de muerte los restos placentarios (13 %), por placenta previa (3 %), óbito fetal (3 %) y aborto incompleto (2 %), registrado que el 8 % ocurrieron por causas indirectas.⁽²⁰⁾

Los signos y señales que presentaron las mujeres antes de fallecer definen la causa de muerte, los entrevistados reportaron que 6 de 16 casos refirieron hemorragia posterior al parto y argumentaron la dificultad para el alumbramiento de la placenta.

De 16 entrevistados 3, manifestaron que el personal de salud les indicó con antelación que la mujer presentaba presión arterial arriba de lo normal, por lo que debían ser atendidas en un servicio de salud. Asimismo, 2 de 16 indicaron mala presentación del recién nacido porque expulsaron primero los miembros inferiores. Adicionalmente, 2 de 16 presentaron convulsiones y

dificultad para respirar, 2 de 16 presentaron fiebre y hemorragia y 1 de 16 indicó que solo presentó dolores de parto normal. (Tabla No. 2)

En el análisis de las causas de mortalidad materna para el municipio de San Pedro Carchá, 6 de 16 mujeres fallecieron por hemorragias, 3 de 16 por Hipertensión, 2 de 16 por Pre-eclampsia y eclampsia, 2 de 16 por Ruptura uterina, 1 de 16 por Sepsis puerperal, 2 de 16 por obstrucción en el parto y 1 de 16 presentó otras complicaciones. (Tabla No. 3)

Para el año 2008, el municipio de San Pedro Carchá registró la retención placentaria como causa de muerte (40%), hemorragias postparto (40 %) y pre eclampsia el 20 %. ⁽¹¹⁾ De acuerdo a los resultados obtenidos, haciendo una relación entre los signos y señales presentados por la mujeres antes de fallecer (Tabla No. 2) se considera que las causas de muerte materna siguen siendo similares a los que se presentan a nivel de América latina, de Centro América, a nivel nacional y departamental.

Cabezas Cruz E, en su investigación “Evolución de la mortalidad materna en Cuba” demostró que se redujo la muerte materna en un 78.3 % desde 1950 hasta el año 2004, (137.8 a 30.8 por 100,000 nacidos vivos, respectivamente), ⁽²⁴⁾ se evidencia como las causas de mortalidad materna, variaron en el mismo período, las primeras causas fueron las hemorragias y, en segundo lugar, los abortos.

Para el 2004 las hemorragias pasaron a un segundo lugar, concluye que para ello es necesario la intervención en los factores que constituyen el entorno cultural, social, económico, político y del sistema de salud de un sitio establecido, ⁽²⁴⁾ determinantes sociales que ejercen gran influencia en el estado de salud. ⁽⁵⁾

Las hemorragias son en su mayoría causa importante de muerte materna, distintos autores estiman que evitando estas se prevendrían entre el 50 y 90 % de las muertes maternas.⁽²⁴⁾

3. Demoras que influyeron en muertes maternas

Las demoras son causas médicas o no médicas que influyen como factores determinantes en la tardanza del cumplimiento o incumplimiento de una obligación exigible y como consecuencia ocasionar la muerte materna.^{(59) (61) (62)}

Las demoras y la teoría de los determinantes sociales surgen ante el reconocimiento de las limitaciones de intervenciones dirigidas a los riesgos individuales de enfermar⁽⁴⁾ y resume el conjunto de factores sociales, políticos, económicos, ambientales y culturales que ejercen gran influencia en el estado de salud.⁽⁵⁾

Características que reúnen las mujeres que mueren por causas obstétricas a nivel mundial, en Guatemala y, especialmente, en Alta Verapaz, la que fallece es pobre, indígena^{(7) (46)} procedentes de áreas rurales lejanas, con dificultades en el acceso a servicios de salud y por políticas de salud con enfoques tradicionalistas. Estos son los determinantes que influyen en el retraso, tardanza o demora que se estable entre una acción o intervenciones cruciales para salvar la vida de una mujer. Según Cordón de Nájera V. F. en su investigación sobre intervenciones del personal auxiliar de enfermería en las cuatro demoras para la reducción de la mortalidad materna.⁽⁶¹⁾

El estudio de Núñez Urquiza, R. M., Duarte Gómez, M. B, manifiesta que existe tardanza en el cumplimiento de una obligación exigible desde el seno de la familia, comunidad, autoridades local, municipales y autoridades de Salud, contribuyendo en el reconocimiento de signos y señales de peligro, la toma de

decisión para la búsqueda de ayuda, el acceso a atención oportuna y de recibir atención de calidad.⁽⁵⁹⁾

3.1. Primera demora

Es la falta de reconocimiento de los signos y señales de peligro que amenazan la vida de las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio.^{(59) (61)}
(62)

En cuanto a los resultados sobre primera demora, Freyermuth Enciso, María Graciela, en su artículo, Mortalidad materna: Inequidad institucional y desigualdad entre mujeres, se refiere a la falta de reconocimiento de signos y señales de peligro que amenazan la vida de mujeres embarazadas por parte de la paciente y familia. Dicha información coincide con la obtenida en el municipio de San Pedro Carchá, 9 de 16 personas que estuvieron en el entorno familiar de la mujer que falleció no reconocieron los signos y señales de peligro (Tabla No. 4). En Quetzaltenango, 21% de muertes maternas ocurrieron porque las mujeres o sus familiares no pudieron reconocer a tiempo los signos y señales de peligro, año 2008.

En Guatemala las muertes maternas ocurren en la primera y cuarta demora,⁽³²⁾ sin ninguna diferencia entre lo que reporta el departamento de Alta Verapaz, para el 2008. El distrito de San Pedro Carchá presenta que 48 % falleció en la primera demora. ⁽¹¹⁾ Se evidencia que 10 de 16 personas indicaron que durante el embarazo no presentaron ningún problema que diera indicio de riesgo en el embarazo (Tabla No. 5). Mientras que 6 de 16 que fallecieron presentaron algún signo y señal de peligro, 6 de 16 entrevistados reconocen la hemorragia y fiebre como signo y señal de peligro, 4 de 16 considera el dolor de cabeza como signo de peligro. (Tabla No. 6)

Ávila Alatrística. J. V. Grajeda Ancca P. F. Escudero Casquino M. R. en su estudio Características Epidemiológicas de la mortalidad materna en el departamento de Cusco, señala que en la mayoría de casos, la paciente estuvo acompañada de su esposo (71%) y familiares (19.4%).⁽⁷⁴⁾ En el municipio de San Pedro Carchá se muestran resultados similares, 8 de 16 esposos entrevistados manifestaron que estuvieron con la mujer en el momento del parto, quienes empíricamente advirtieron peligro y cuando la mujer manifestó agotamiento (Tabla No. 7).

En cuanto al plan de emergencia familiar, Garnica Marroquín, F. L. en su estudio indica que la mujer que logra sobrevivir posterior a una emergencia obstétrica expresa conocer el plan de emergencia familiar. Sin embargo, al no contar con el recurso económico para realizar el traslado, la referencia es rechazada⁽⁷¹⁾ a diferencia de las que fallecieron en el 2009.

Los resultados obtenidos en el municipio de San Pedro Carchá, 12 de 16 de los entrevistados, manifestaron no contar ni conocer el plan de emergencia familiar (Tabla No. 8), con una brecha no muy lejana (17.75 %) entre los que no conocen los signos y señales de peligro, elementos que tienen una relación estrecha porque el plan de emergencia familiar hace énfasis, prioritariamente, en los signos y señales de peligro

Según Garnica Marroquín, F. L. la mujer que cuenta con un plan de emergencia familiar tiene la posibilidad de vivir porque sabe qué hacer en el momento de una emergencia obstétrica.⁽⁷¹⁾ La ausencia del plan en el entorno familiar pone en riesgo la vida de la mujer embarazada, porque tanto la mujer como integrantes de la familia y actores de la comunidad conocen qué acciones tomar al observar la presencia de signos y señales de peligro, como en los casos que se presentan en el municipio de San Pedro Carchá e incurrir en el error de que fallezca en la segunda demora.⁽³⁾

3.2. Segunda demora

Es el reconocimiento de signos y señales de peligro por parte de la mujer embarazada y por la familia, sin embargo, su condición de inequidad de género no le permite asumir su derecho a ejercer una toma de decisiones por sí misma para buscar una atención oportuna y calificada.^{(59) (61) (62)}

En cuanto a la segunda demora, se refiere que al identificar los signos y señales de peligro en la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, por ella misma, esposo, familiar o autoridades locales, se procede a tomar la decisión de buscar servicios de salud o ayuda.

En países en desarrollo las mujeres no tienen poder para tomar decisiones, actuar libremente para cuidar su salud, porque culturalmente no es aceptado, en ocasiones hay subordinación a la voluntad de sus compañeros, muy marcado cuando son casados. (Tablas 9, 10, 11).^{(20) (71)}

Sobre quién decide buscar ayuda para atender la emergencia obstétrica se pudo determinar que 10 de 16 de los casos estudiados, es el esposo quien tomó la decisión de buscar ayuda. En una minoría es por parte de la mujer embarazada (Tabla No. 9), por su condición de inequidad de género no le permite asumir su derecho a ejercer la toma de decisiones por sí misma, para buscar una atención oportuna y calificada.⁽²⁾ Sin embargo, la decisión del esposo no fue la acertada porque 7 de 16 buscaron la ayuda de las comadronas tradicionales.

El personal comunitario, como las comadronas no tienen el conocimiento y la capacidad para resolver una emergencia obstétrica, pero son las personas cercanas y de confianza en la comunidad para brindar apoyo inmediato.

De 16 entrevistados, 7 manifestaron que buscaron al personal de salud (Tabla No. 10), sin embargo, la respuesta no fue inmediata, porque las personas entrevistadas refieren que se hicieron presentes a la comunidad cuando ya habían pasado 24 horas. (Tabla No. 11)

En Guatemala las muertes maternas ocurrieron en la segunda demora en un 24 %, en Alta Verapaz el 22.54 %, en el distrito de San Pedro Carchá el 26.67 %, según los datos que presentó la unidad de epidemiología de la dirección del Área de Salud de Alta Verapaz, omisión crucial para salvar la vida de la mujer porque al tomar la decisión, la hicieron muy tardíamente y el apoyo del personal de salud no fue oportuna.

Freyermuth Enciso, María Graciela, en su artículo, Mortalidad materna: Inequidad institucional y desigualdad entre mujeres, manifiesta que las mujeres señalaron que la elección de a dónde acudir en el caso de una complicación dependía del varón y los hombres mencionaron que la decisión se tomaba si la mujer consideraba que padecía un problema que había que atender.

Este resultado nos evidencia que la responsabilidad de la salud sexual y reproductiva es de ambos, de acuerdo a lo que indica Contreras L. en su estudio Mortalidad materna y perinatal: Intervenciones basadas en la evidencia, manifiesta que las experiencias internacionales han demostrado que excluir al hombre de los servicios de salud reproductiva aumenta la posibilidad de fracaso en las acciones de la salud de la mujer. Los hombres son importantes en el proceso de toma de decisiones a nivel del hogar, finalmente, indica que una mayor educación masculina en la perspectiva de equidad de género es fundamental para que se logren mejorías en la salud de las madres, contribuyendo a prevenir la mortalidad materna.⁽¹⁶⁾

3.3. Tercera demora

Es la brecha o limitación que existe entre la comunidad y un servicio de salud, tomando en cuenta el acceso a las vías de comunicación y transporte para la atención de la emergencia obstétrica y otras que se presentan en la comunidad.^{(59) (61) (62)}

Existen pocos estudios sobre las barreras de acceso a los servicios de salud para la población indígena y otras etnias. Pero las investigaciones realizadas en otros países, en condiciones similares, pueden servir de referencia para esta discusión.⁽³⁰⁾

En Guatemala las muertes maternas ocurren en la tercera demora (11 %), en Alta Verapaz (14.08 %) y el distrito de San Pedro Carchá (15 %). Esto se debe a limitaciones que existen entre la comunidad y un servicio de salud, teniendo características similares en las vías de acceso, vías de comunicación y transporte. Es similar a lo señalado en el 2000, en el Taller de Análisis de Mortalidad Materna en Alta Verapaz realizado por Carranza Camey, quien manifiesta que una gran dificultad para resolución de emergencias obstétricas que se presentan en la comunidad se relacionan con la accesibilidad geográfica a los Servicios de Salud y falta de transporte

En relación al tiempo que hay entre la comunidad y el servicio de salud que atendió la emergencia obstétrica, 11 de 16 quedan entre 1 y 3 horas en tiempo, 4 de 16 entre 3 y 6 horas (Tabla No. 12). Las características de las carreteras es que son de terracería en su mayoría (16/16). Sin embargo, la dificultad radica en que, en 8 de 16 comunidades se debe caminar primero en una vereda (Tabla No. 13) para obtener el apoyo de un vehículo de cuatro ruedas (Camiones, Pick up y microbuses), luego, el recorrido en terracería y, finalmente, una parte con asfalto (Texto No. 1). Con la salvedad que estos

medios de transporte, solamente llegan una vez a la semana, en algunas comunidades, según lo indican las personas entrevistadas, lo cual sigue siendo un tema no resuelto.⁽⁶⁴⁾

Es crucial la disponibilidad de medios de transporte a nivel local previamente coordinado y de medios de comunicación que permitan información oportuna y efectiva entre personas que asisten la referencia y personal comunitario, de acuerdo al lugar geográfico de la emergencia obstétrica.⁽⁶⁴⁾ Actualmente, 13 de 16 comunidades cuentan con red telefónica, 13 de 16 cuenta con teléfonos celulares con vecinos de las comunidades y lo considera como una vía rápida de comunicación entre la comunidad y el servicio de salud. Esto permitirá actuar oportunamente y minimizar los obstáculos de tiempo, carreteras de terracería en mal estado, veredas entre montañas que limitan recibir una atención oportuna y adecuada, para evitar la cuarta demora.

3.4. Cuarta demora

Es el retraso y deficiencia en la atención por falta de competencia de los proveedores de servicios de salud o por falta de insumos y equipo médico – quirúrgico apropiado.^{(59) (61) (62)}

El marco conceptual de la teoría incorpora al sistema de salud como un determinante social el cual puede convertirse en una demora que se relaciona con la incapacidad de resolver, oportunamente, la atención de emergencia obstétrica. El deterioro o mejora del estado de salud tiene un efecto de retroalimentación respecto de la posición socioeconómica, por ejemplo el ingreso, y por otra, el sector salud tiene un rol importante en promover y coordinar políticas de acción sobre determinantes sociales,⁽⁴⁾ que aseguren la organización o la dimensión administrativa con calidad técnico/científica de la prestación del servicio.⁽⁶⁴⁾

En Guatemala las muertes maternas ocurren en la primera y cuarta demora.⁽³³⁾ En Alta Verapaz el 32.39 % sucede en la cuarta demora, en el municipio de San Pedro Carchá el 18 % y en Quetzaltenango el 58%. Observando grandes brechas entre uno y otro departamento, leve variación con lo que presenta el nivel nacional en los (8) resultados de la línea de base del 2000 (41.6 %), comparado con Alta Verapaz pero no para Quetzaltenango. Estos datos muestran la dinámica de la movilidad de las mujeres que fallecieron de su lugar de residencia a los servicios de salud.

El análisis de las muertes en la cuarta demora debe profundizarse por la influencia de las primeras tres demoras. Resultados de la investigación en San Pedro Carchá presenta que 10 de 16 mujeres que fallecieron durante el año 2009, asistieron a un servicio de salud para la atención de complicaciones obstétricas (Tabla No. 15), específicamente, en el hospital Regional de Cobán, (servicios del tercer nivel de atención) (Texto No. 3). Se evidencia que 7 de las 10 que asistieron al hospital fueron atendidas no más allá de media hora, (Tabla No. 16) por personal médico y paramédico (Tabla No. 17). Sólo una de ellas fue atendida durante las primeras 24 horas. Es importante destacar que dos de los entrevistados manifestaron no haber tenido información porque no los dejaron entrar al servicio de salud.

Es significativo evidenciar que las personas entrevistadas indicaron que las mujeres ingresaron graves e inconscientes al hospital (4 y 3 respectivamente). Mientras que tres de las diez ingresaron con trabajo de parto normal (Tabla No. 18), concluyendo con el embarazo a través de una cesárea en 4 mujeres y dos de ellas fueron referidas a un hospital con mayor capacidad de resolución en la ciudad capital (Tabla No. 19).

Bellangers Miranda, E. A. en su estudio Principales causas de Mortalidad materna en el hospital Bertha Roque, manifiesta que si las cesáreas

se relacionan como un modo de nacimiento, también constituyen una agresión que se le hace al organismo materno.

Según Monif, la cesárea se relaciona con un aumento de riesgo de infecciones más frecuentes y graves, debido a que existe mayor manipulación intrauterina, presencia de necrosis, hematomas y material de sutura, por lo que se constituye en un factor de riesgo que pudo tener una fuerte relación entre la muerte materna causado por sépsis y atonía uterina como consecuencia de una cesárea.⁽⁷²⁾

La cesárea causa temor en la mujer y saber que lo mismo le sucederá, prefiere no ir a los servicios de salud para no ser operada o morir por lo mismo, provocándole miedo y preocupación.⁽⁷²⁾

Según Faneite y Col. en cuanto al tiempo transcurrido desde el ingreso al servicio de salud y el fallecimiento predominó, por escasa diferencia, el grupo de más de 48 horas (59,5 %), en comparación con otras revisiones donde predominó el grupo de menos de 48 horas en México.

Es importante señalar que casi un 30 % de las pacientes fallecieron en menos de 24 horas lo que pudiera reflejar lo súbito de la muerte y las condiciones de algunos casos referidos.⁽²³⁾ Similar condición se evidencia en el municipio de San Pedro Carchá porque los resultados indican que 6 de 10 de las muertes maternas ocurridas en los servicios de salud ocurrieron posteriormente a las 24 o más horas. Como el caso de dos mujeres a quienes se les dio de alta y fallecieron cinco días después en su lugar de residencia, según lo manifestado por las personas entrevistadas. El resto falleció en menos de una hora (Tabla No. 20).

En cuanto a los resultados del lugar donde fallecieron las mujeres por causas obstétricas es importante reflexionar que muestra en forma general que existe relación con las demoras ya que 7 de 16 mujeres fallecieron en su domicilio y 7 de 16 fallecieron en hospitales (servicios de salud) primera demora y cuarta demora (Tabla No. 21).

Lo anterior es consistente con el nivel nacional reportado para el 2007.⁽³²⁾ Sin embargo, fallecieron en diferentes niveles de atención, por la complicación obstétrica que presentaron, 4 de 10 ocurrieron en el hospital regional de Cobán, 2 de 10 en el hospital general de San Juan de Dios, 1 de 10 en centro de atención permanente y 1 de 10 en clínicas privadas de la ciudad capital (Texto No. 4). El 20 % de las que ingresaron en el hospital regional, fueron dadas de alta y, finalmente, fallecen en su domicilio, según información de las personas entrevistadas (Texto No. 4)

Los hallazgos anteriores muestran que 7 de 16 mujeres que fallecen en el país y en el municipio de San Pedro Carchá, no están llegando oportunamente a los servicios hospitalarios (Tabla No. 21). Las que llegan mueren por post cesárea en el hospital (Tabla No. 19) o, bien, en su domicilio al quinto día dada de alta, es decir, que no cuentan con las condiciones para acceder a una atención calificada y profesional.

4. Comité de emergencia activo

Es un grupo de personas que se organiza para dar respuesta a las limitaciones encontradas para la atención y evacuación de emergencias de salud, con prioridad a las emergencias obstétricas que ocurren en la comunidad.⁽⁶⁶⁾ Quienes asumen la responsabilidad ante su salud y la salud de la comunidad, desarrollando la capacidad de contribuir, activamente, a su propio desarrollo y al de su comunidad.⁽⁶⁶⁾

Las intervenciones del sistema de salud deben ser apoyadas por miembros de las comunidades estimulando su participación mediante la formación de comités de emergencia y vigilancia de mujeres embarazadas a nivel comunitario que denote decisión y/o acción, autores de su propio drama, organizados por el bien colectivo.⁽⁶⁶⁾

A nivel de país no existen estudios que muestren la proporción de comunidades que cuenten con comités de emergencia activo. En el municipio de San Pedro Carchá 13 de las 16 comunidades donde se reportaron muertes maternas, (Texto No. 5) cuentan con un comité organizado para la atención de emergencias de salud con énfasis en las emergencias obstétricas. Pero solo 11 de las 16 personas entrevistadas manifestaron conocer a algunos integrantes del comité (Texto No. 6). Además, de indicar que solo 5 comités organizados brindaron apoyo para el traslado de la mujer al servicio de salud. (Texto No. 7)

Significa que sólo el (38 %) de los comités permanece activos, mientras que el resto no fueron sensibilizados y no saben por qué fueron organizados, reflejando el poco apoyo en situaciones de emergencia y cuando deciden apoyar ya es demasiado tarde.

Los datos de la cuarta demora indican que fallecen en el hospital, pero han tenido un largo viaje, después de haber pensado en salir, finalmente, no son cuarta demora en algunos casos, porque algunas mujeres llegaron por dolores de parto normal oportunamente y hubo tardanza en atenderlas en el hospital.

El comité es activo cuando se evidencia el apoyo brindado en la comunidad y la satisfacción de salvar una vida, especialmente, si es materna, información que se refleja en el plan de emergencia activo.

5. Plan de emergencia activo

Es un Instrumento que identifica los problemas actuales de los habitantes de la comunidad y acciones que se ejecutarán en caso de emergencias, además de ser un medio de verificación para determinar si los comités de emergencia se encuentran activos.

En el municipio de San Pedro Carchá, solo 4 de 13 comités formados mantienen a la vista el plan de emergencia (Texto No. 8) y lo sociabilizan con las familias y mujeres embarazadas para que sepan qué hacer en situaciones de emergencia. Sin embargo, la mayoría de las personas entrevistadas desconocen la existencia de los planes de emergencia (Texto 9) y manifestaron que es importante la organización del Comité porque ayudan a salvar vidas (Texto No. 10).

Sin perder de vista que Gyarmati G. asevera que deben tener “la capacidad real, efectiva como individuo o grupo de tomar decisiones sobre asuntos que, directa o indirectamente, afectan sus actividades en la sociedad y específicamente, dentro del ambiente en que trabaja”, como un proceso permanente de formación para garantizar la solución de problemas con interés común y la toma de decisiones correctas según Mills.

La Organización Panamericana de la Salud en el estudio de Los procesos de participación ciudadana en salud e intersectorialidad, reporta el impacto positivo del apoyo comunitario y las actividades de educación sobre la cantidad de mujeres que buscaron tratamiento de emergencia obstétrica, con la siguiente reducción del número de muertes maternas en el área del proyecto.⁽⁶⁶⁾

El sistema comunitario está basado en dar respuesta a limitaciones de acceso a servicios maternos encontrados durante el análisis de las cuatro

demoras a través de la organización con recursos, capacidad de líderes comunitarios para el traslado de emergencias obstétricas y mejora de la conciencia de las familias para disminuir las muertes maternas, es posible reducir las muertes maternas asegurando la respuesta de los servicios de salud.⁽⁶⁷⁾

Según Cabezas Cruz, para reducir la muerte materna es necesario intervenir en factores que constituyen el entorno cultural, social, económico, político y del sistema de salud, (24) porque detrás de una muerte materna hay un conjunto de ideas, prácticas, valores, creencias y representaciones ligadas con la maternidad, como lo manifiesta Torres S, Sequeira S. en su investigación cualitativa sobre mortalidad materna en Honduras.⁽²⁰⁾

Los supuestos culturales alrededor del parto y del embarazo, aunados a la percepción sobre la “naturaleza” de la mujer y su papel de subordinación genérica se traducen en prácticas personales, comunitarias y sociales que aumentan los riesgos obstétricos y también obstaculizan la ejecución de las políticas de salud sexual y reproductiva.⁽²⁰⁾

Lo anterior tiene estrecha relación en los resultados, donde las personas entrevistadas consideran que las mujeres se están muriendo por descuido en el hogar 6/16, por acceso a consejería e información oportuna 3 /16 y una minoría 2/16 piensan que ha sido por miedo y vergüenza, machismo y poco apoyo local (Tabla 22). Barreras que de una u otra forma limitan la utilización de los servicios de salud formales y con mayor dificultad, al relacionar que la mayoría de mujeres son de habla Q’eqchi’ (16) lo cual influye en la comprensión de la información dada y manejo de planes.

En cuanto a las acciones y recomendaciones que aportan para reducir las muertes maternas en las comunidades, es buscar ayuda oportuna en el nivel

comunitario 7/16, cuando se presenten las emergencias entre las mujeres embarazadas, seguir instrucciones del personal de salud y una minoría manifiesta que no recomiendan regresar a los servicios de salud por mala atención (Tabla 23). Es importante mencionar que recomiendan una coordinación estrecha entre el comité de emergencia y la práctica de los planes de emergencia familiar y comunitaria (Tabla 24).

Reducir la mortalidad materna en este grupo es una meta con bastante grado de dificultad en países como Guatemala, donde los aspectos culturales suelen ser importantes barreras por superar.⁽⁸⁾ Según la teoría de Mahmoud Fathalla Médico Egipcio “Las mujeres no se están muriendo a causa de enfermedades incurables; se están muriendo porque, en ciertas sociedades, aún no se ha decidido que vale la pena salvarles la vida”.

Limitaciones del Estudio

Una de las limitaciones importantes es el temor y desconfianza de dar información porque en repetidas ocasiones se les han hecho preguntas y no se les informa sobre el uso que se da a dicha información.

El tiempo, porque hubo necesidad de concienciar y sensibilizar a la persona entrevistada previo a las preguntas de la entrevista.

VII. CONCLUSIONES

1. Las muertes maternas reportadas en el municipio de San Pedro Carchá, durante el año 2009, ocurrieron en edad reproductiva (31 y 40 años de edad) en mujeres casadas, de religión católica, indígenas, de habla Q'eqchi', procedente; de comunidades rurales, sin ningún tipo de escolaridad, en su mayoría se dedicaron a ser amas de casa.
2. Las muertes maternas ocurridas en el municipio de San Pedro Carchá en el año 2009, fueron por causas directas, específicamente, hemorragias post parto, hipertensión arterial, pre-eclampsia y eclampsia, sepsis puerperal, ruptura uterina, parto obstruido y otras complicaciones no especificadas, siendo prevenibles en su mayoría.
3. Existe interrelacion entre la primera y segunda demora como determinantes sociales claves que han influido en muertes maternas ocurridas en el municipio de san Pedro Carchá, porque las personas que se encuentran en el entorno familiar de la mujer con trabajo de parto no conocen los signos y señales de peligro y deciden buscar ayuda cuando advierten que hay riesgos y cuando la mujer manifiesta estar agotada.
4. El desconocimiento de los signos y señales de peligro en el hombre lo hace actuar cuando la mujer manifiesta agotamiento, ubicándolo como un actor importante en el proceso de toma de desciones en el hogar y una dependencia de la mujer
5. Las mujeres que presentaron emergencias obstétricas proceden de comunidades de difícil acceso, recorriendo entre 1 y 3 horas para llegar a los servicios de salud, traslados tardíos ingresando, finalmente, en estado grave e inconsciente.

6. Existen comités de emergencia formados en las comunidades donde ocurrieron muertes maternas pero sólo 4 de ellos son activos porque cuentan con un plan de emergencia actualizado e intervinieron en el traslado de las emergencias obstétricas.

7. Los planes de Emergencia Comunitaria, se encuentran sociabilizados a la comunidad y en el entorno familiar, además de estar ubicados en lugar visible

VIII. RECOMENDACIONES

1. La integración y coordinación de los ministerios de Educación, Salud y Actores sociales que incidan en la educación formal e informal de la mujer indígena con énfasis en áreas rurales. Priorizando comunidades lejanas para incrementar el nivel de educación en la mujer, determinante que influirá en la reducción de muertes maternas como lo han demostrado en otros países.
2. Fortalecer la competencia técnica en el proveedor de salud de los tres niveles de atención en las principales emergencias obstétricas con énfasis en el manejo activo del tercer período del parto.
3. Fortalecer la estrategia de información, educación y comunicación en el entorno familiar de la mujer embarazada para que identifiquen, oportunamente, los signos y señales de peligro, disminuyendo el riesgo obstétrico.
4. Involucrar al hombre en el proceso educativo relacionado a salud sexual y reproductiva para que la toma de decisiones sea con enfoque de género disminuyendo las muertes maternas en la segunda demora.
5. Involucrar a autoridades locales y municipales en el análisis de muertes maternas para elaborar planes de acción integrales que reduzcan brechas entre comunidades y servicios de salud.
6. Dar seguimiento, prioritariamente, a comités de emergencia formados en comunidades de difícil acceso, que se encuentran entre 3 y 6 horas de viaje a los servicios de salud para que permanezcan activos y participen, oportunamente, en el abordaje de emergencias obstétricas.

7 Empoderar a líderes comunitarios, integrantes del Comité de emergencia, personal de salud de primer nivel de atención, en la importancia de los planes de emergencia comunitaria como una herramienta de autogestión local .

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Reducción de la mortalidad materna. Ginebra: OMS/FNUAP/UNICEF/Banco Mundial; 1999.
2. Karam Calderón Á, Bustamante Montes P, Campuzano Gonzales M, Camarena Pliego Á. Aspectos sociales de la mortalidad materna: estudio de caso en el Estado de México. México: UNAM. Facultad de Medicina. Centro de Investigación y Estudios Avanzados en Salud Pública; 2007.
3. 26ª Conferencia Sanitaria Panamericana; 54a Sesión del Comité Regional Estrategia Regional OPS, OMS. Estrategia regional para la reducción de la mortalidad y morbilidad maternas: Resolución OPS 26. R13. NW Washington: OPS; 2003.
4. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Centro Nacional de Epidemiología. Protocolo de vigilancia de la mortalidad materna. Guatemala: MSPAS; 2008.
5. Observatorio de Salud Reproductiva. Salud materna: un compromiso para alcanzar la equidad en salud en Quetzaltenango: "Hoja Informativa" 2009. Quetzaltenango: OSARQ; 2009.
6. Sistema de las Naciones Unidas. Metas del Milenio: informe de avance de Guatemala. Guatemala: SNU; 2002.
7. Ramos G. La Mortalidad materna: problemas de salud en México. [en línea] [accesado el 24 de junio del 2009] disponible en: sociales.reduaz.mx/art_ant/mortalidad_materna_mexico.pdf.
8. Tzul A M, Kestler E, Hernández-Prado B, Hernández-Girón C. Mortalidad materna en Guatemala: diferencias entre muerte hospitalaria y no hospitalaria. Salud pública Méx [revista en línea]. 2006 [accesado 25 de ene 2010] ; 48(3): 183-192. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342006000300002&lng=pt.
9. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Área de Salud de Alta Verapaz. Centro Nacional de Epidemiología. Indicadores básicos de análisis de situación de salud república de Guatemala 2008. Memoria de estadísticas vitales y vigilancia epidemiológica. Guatemala: MSPAS; 2008.

10. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Centro Nacional de Epidemiología. Centro de salud de Carchá. Indicadores básicos de análisis de situación de salud República de Guatemala 2008: Memoria de estadísticas vitales y vigilancia epidemiológica. Alta Verapaz: MSPAS; 2008.
11. Análisis de la mortalidad materna. Alta Verapaz: Centro de Salud de San Pedro Carcha, ELCS; 2009.
12. Schieber B ME. Estimación de la mortalidad materna en Guatemala periodo 1996 – 1998. Guatemala: GSD/CA/G; 2000.
13. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Salud materna: estado mundial de la infancia. Nueva York: UNICEF; 2008.
14. Idrovo B, Bitrán R. Análisis en el logro de los objetivos de desarrollo del milenio para salud en Guatemala. Guatemala: USAID; 2006.
15. Durán H, Fuentes S. Designing obstetric services to reduce maternal mortality in Guatemala: estudio de caso del Proyecto de Garantía de Calidad. Publicado para la Agencia para el Desarrollo Internacional de EE UU por el Proyecto de Garantía de (QAP). Maryland: USAID; 2000.
16. Contreras L. Mortalidad materna y perinatal: Intervenciones basadas en la evidencia. III curso internacional de desarrollo de sistemas de salud. [Presentación en CD-ROM]. Nicaragua: [s.n.]; 2007.
17. Donoso Siña E. Reducción de la mortalidad materna en Chile de 1990 a 2000. Rev Panam Salud Pública 2004; 15(5): 326–30.
18. Barrios de León E. Análisis de mortalidad materna para el año 2000. Programa de epidemiología de campo: Área de San Marcos. Guatemala San Marcos: DAS; 2002.
19. Díaz D, Sánchez Hidalgo D. La Mortalidad materna: un problema sin resolver. México: Centro de Análisis e Investigación; 2002.
20. Torres S, Sequeira S. Investigación cualitativa sobre mortalidad materna en Honduras. Honduras: Instituto Nacional de la Mujer. Programa de las Naciones Unidas Para el Desarrollo; 2003.

21. García B C, Xóchil C, Xóchil R, Guerrero MC, Gonzales. D, Langer A. Percepción de las parteras sobre factores de riesgo reproductivo. Salud Pública Mex 1993; 35(1):74-83.
22. Futures Group Internacional. Índice de esfuerzo de programa materno y neonatal. Centro de actividades para la población y desarrollo. Guatemala: USAID; 2000.
23. Loaiza Maya L J, Colorado Cruz E, Sierra Henao C M, Tamayo Rojas J. Caracterización de las gestantes que presentaron complicaciones: ruptura de membranas, amenaza de parto pre término, y/o pre eclampsia en la clínica villa Pilar E.S. Rita Aragón Álvarez del Pino Manizales Caldas. [tesis Maestría]. Manizales – Colombia: Universidad de Caldas: Facultad de ciencias para la salud; 2006.
24. Cabezas Cruz E. Evolución de la mortalidad materna en Cuba. Rev. Cubana Salud pública, 2006; ene-mar; 32 (1): 1-9.
25. Padilla K. La mortalidad materna en Nicaragua: Una mirada a los años 2000-2002. Managua: IPAS; 2003.
26. Torres M, Marval E, Ferrer Z. Caracterización epidemiológica de la mortalidad materna en el ámbito del Distrito Sanitario No II Caroni, Estado Bolívar, durante el periodo 2001-2007. Bolívar Guayana, Venezuela: ISPEB; 2007.
27. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Centro Nacional de Epidemiología. Ciencia al Servicio. Situación de salud de Guatemala 2007. Guatemala: MSPAS, CNE; 2007.
28. -----Centro Nacional de Epidemiología. Memoria de estadística vital y vigilancia epidemiológica: Indicadores básicos de análisis de situación de salud. República de Guatemala 2008. Guatemala, San Pedro Carchá A.V.: MSPAS. CNE, Centro de Salud de Cambur; 2008.
29. -----Departamento de Regulación de los Programas de Atención a las Personas, Programa Nacional de Salud Reproductiva. Plan estratégico para reducir la mortalidad materna 2004 -2008. Guatemala: MSPAS; 2004.
30. -----Estudio de barreras para el acceso a la planificación familiar de la población indígena. Guatemala: MSPAS, USAID; 2008.

31. Riveiro M L, Villalba M T, Vidal D A, Berrone J L, Zambrana H, Elizalde C, Santiago A. Relevamiento obstétrico en un centro hospitalario: características epidemiológicas, clínicas y evolutivas a corto plazo. Maternidad Maria de la Dulce Espera. Argentina. Hospital "Ángela I del Llano". Ayacucho, Argentina: El Hospital, 2000.
32. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Situación de la mortalidad materna en Guatemala, 2000 - 2009, Semana epidemiológica en Guatemala. semana 08. Guatemala: MSPAS, CNE; 2009.
33. -----Informe preliminar de la vigilancia de la mortalidad materna, Semana epidemiológica en Guatemala. Semana 13. Guatemala: MSPAS, CNE, 2008.
34. Carrillo A. Mortalidad materna en Colombia: Reflexiones en torno a la situación y la política pública durante la última década. Revista Ciencias de la Salud [revista en línea] 2007; 572-85 [accesado el 25 ene 2010] Disponible en:
<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=56250208>.
35. Sánchez de Bustamante D A. Mortalidad materna en Argentina. [en línea] CEDES Buenos Aires,[accesado el 25 de ene 2010] Disponible en:
www.aagop.com.ar/articulos/CEDES.pdf.
36. Faneite P, Starnieri M. Mortalidad materna directa. Hospital "Dr. Adolfo Prince Lara". 1992-2000. Rev Obstet Ginecol Venez. [revista en línea]. 2001 jun; 61 (2) [accesado el 25 ene 2010] 89-94. Disponible en:
<http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322001000200004&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0048-7732.
37. Faneite P. Mortalidad materna en la región bolivariana de Latino-América: área crítica. Rev Obstet Ginecol Venez. [revista en línea]. 2008 mar, 68 (1) [accesado el 25 ene 2010], 18-24. Disponible en:
<http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322008000100005&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0048-7732.
38. Herrera M M. Mortalidad materna en el mundo. XVII Congreso Mundial de Ginecología y Obstetricia. 2003 nov 4. Santiago-Chile: FIGO 2003.
39. Chacón G, Mosalve N. Mortalidad materna en el Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes (IAHULA) 1974-2005. Rev Obstet Ginecol Venez. [revista en línea]. 2007 jun; 67: (2) 99-106 [accesado el 25 ene 2010] Disponible en:
<http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322007000200006&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0048-7732.

40. Bergonzoli G. Salud familiar y comunitario: la salud materna y neonatal; su relación con los objetivos de desarrollo del milenio, desafíos de la protección social en salud para la población materno infantil, equidad, acceso y resultados en salud. México DF: OPS/OMS; 2007.
41. Donoso S E. Mortalidad materna en Chile 2000-2004. Rev chil obstet ginecol [revista en línea]. 2006 [accesado el 10 ene 25]; 71(4): 246-251. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717.7526200600040005&lng=es. doi: 10.4067/S0717-75262006000400005.
42. Hautecoeur M, Zunsunegui M V, Vissandjee B. Las barreras de acceso a los servicios de salud en la población indígena de Rabinal en Guatemala. Salud Pública Mex 2007; 49 (2): 86-93.
43. Paganini J. Nuevos cálculos de la mortalidad materna. Rev Panam Salud Pública [revista en línea]. 1997 ene; 1(1): 49-50. [accesado el 25 de 2010] disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49891997000100012&lng=en. doi: 10.1590/S1020-49891997000100012.
44. Herrera M M. Mortalidad materna en el mundo. Rev chil obstet ginecol [revista en línea]. 2003 [accesado el 25 ene 2010]; 68(6): 536-543. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262003000600015&lng=es. doi: 10.4067/S0717-
45. Fainete P. Mortalidad materna: evento en desarrollo. Rev Obstet Ginecol Venez. [revista en línea] 2007 ene; 67 (1): 1-3 [accesado el 25 enero 2010] Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322007000100001&lng=es&nrm=iso. ISSN 0048-7732.
46. Brito Hurtado J G, Cabrera C, Gutiérrez O, Gutiérrez M. Porras F. Mortalidad materna en la Maternidad "Concepción Palacios": 1982-1991. Rev Obstet Ginecol Venez. [revista en línea] 2007 ene; 67 (1): 31-39 [accesado 25 ene 2010] Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322007000100007&lng=es&nrm=iso. ISSN 0048-7732.
47. Kliksberg B. El futuro de las reformas: los escenarios sociales en América Latina y el Caribe. Rev. Panam Salud Pública 2000; 8(1/2): 105 – 111.

48. Rodríguez Núñez A, Rodríguez Córdova A, Álvarez M. Factores epidemiológicos que influyen en la mortalidad puerperal grave. San Cristóbal Pina del Rio, Cuba: HGD, 2004.
49. Delgado Noguera Mario. Factores que afectan el proceso de vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna en el departamento de Cauca. Rev Cubana Obstet Ginecol 2004; 30(3): 1-18.
50. Organización Panamericana de la Salud. La salud de las Américas. Washington D.C.: OPS, 1998. (Publicación científica 569).
51. Luque Fernández M A, Bauernfeind A. Prevención de la mortalidad materna: un ejemplo de intervención comunitaria en salud en el Congo. Index Enferm [revista en línea]. 2007 sep 16(57): 13-17. [accesado el 25 ene 2010] Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962007000200003&lng=es.
52. Gudiel M M, De León Barillas E, Sánchez H, Guevara CA, Juárez Escobar C. Modelo predictor de la mortalidad materna: mayo del 2001 a abril 2002. Guatemala: USAC. Facultad de Ciencias; 2003
53. Tyndall Lynne de M. Mortalidad materna: la maternidad segura se encuentra en el protagonismo de las mujeres mismas. [en línea] Midwiferytoday [accesado el 12 de agosto 2009] Disponible en: www.midwiferytoday.com/articles/mortasp.asp
54. Gil González D, Carrasco Portiño M, Davó Blanes M C, Donat Castelló L, Franco Giraldo A, Ortiz Moncada R et al . Valoración de los objetivos de desarrollo del milenio mediante la revisión de la literatura científica en 2008. Rev Esp Salud Pública [revista en línea]. 2008 oct; 82(5): 455-466 [accesado el 25 ene 2010] Disponible en http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272008000500002&lng=en. doi: 10.1590/S1135-57272008000500002.
55. La mortalidad materna en las Américas. Boletín epidemiológico.1993 mar; 14 (1): 1-16.
56. Donoso S E, Oyarzon E, Mortalidad materna Chile 2003. Rev Chi Obste Gineco. 2005; 70 (2): 19-82.

57. Capurro H. Mortalidad materna: enfoque de riesgo. [Preguntas frecuentes] [en línea] Medicina Práctica Materno, Feto, Neonatal 2009 [accesada el 25 de febrero de 2010] Disponible en: http://www.nacerlatinoamericano.com/_Archivos/_Menuprincipal/05_Preguntas/Temas/06_resPARTO.html
58. Carranza Camey R. Taller de análisis de enfermedad y muerte materna en el departamento de Alta Verapaz. Alta Verapaz Guatemala: Dirección Área de salud de Alta Verapaz, Proyecto de apoyo a la reforma del sector salud APRESAL; 2000.
59. Núñez Urquiza R M, Duarte Gómez M B, Javier Marín L, Arroyo Román L. Más allá de las cifras: detección de eslabones críticos en los procesos de atención para disminuir muertes maternas. Boletín Género y Salud en cifras. Guadalajara. 2005 may-dic; 3 (2,3).
60. Tavera L. Mortalidad materna en el Perú, responsabilidad de todos, Rev Per Ginecol Obstet. 1996; 42 (3).
61. Cordón de Nájera V F. Intervenciones del personal auxiliar de enfermería en las cuatro demoras para la reducción de la mortalidad materna. [tesis Licenciatura Enfermería]. El Estor, Izabal Guatemala: Universidad Mariano Gálvez de Guatemala, Facultad de Enfermería; 2006.
62. Ruiz Matus C. Eslabones críticos en el análisis de defunciones maternas. México: Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Secretaría de salud; 2006.
63. Andina E. Análisis causa raíz de la mortalidad materna en Argentina. (en línea) Academia Nacional de Medicina, Buenos Aires Argentina 2007; [accesado el 25 de enero de 2010] Disponible en: <http://WWW.errornemedicina.anm.edu.ar>.
64. Centro Nacional de Equidad de género y Salud Reproductiva. Estrategia integral para acelerar la reducción de la mortalidad materna en México. [en línea] Instituto Nacional de Salud Pública de México 2009 [accesado el 25 de enero 2010]. Disponible en: <http://maternidadsinriesgos.org.mx/documentos/Estrategia%20Integral%20para%20Acelerar%20la%20Reduccion%20de%20la%20Mortalidad%20Materna%20en%20M%E9xico.pdf>
65. Velez Alvarez G A, Gómez Davila J G, Zuleta Tobon J J. Analysing maternal deaths caused by haemorrhage in the department of Antioquia, Colombia

- from 2004 to 2005. *Rev Colomb Obstet Ginecol*. [revista en línea]. Sept. 2006; [accesado el 25 de ene 2010] 157 (3): 47-155. Disponible en: <http://www.scielo.unal.edu.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74342006000300002&lng=en&nrm=iso>. ISSN 0034-7434.
66. Organización Panamericana de la Salud. Los procesos de participación ciudadana en salud e intersectorialidad. [en línea] Campus Virtual del Salud Pública OPS [accesado 25 de mar del 2010] Disponible en <http://www.equidad.cl/biblioteca/formador-de-formadores/modulo-2/Participacion,%20ciudadana%20e%20intersectorialidad OPS.pdf>.
67. Centro Nacional de Educación para el trabajo. Manual del Facilitador para la capacitación de los comités comunitarios de transporte de emergencias en caso de complicaciones obstétricas. Tegucigalpa Honduras: Secretaría de Salud, Catholic Relief Services, Comité de proyectos de agua y desarrollo integral de Intibuca; 2004.
68. Programa nacional de prevención de morbi-mortalidad materno perinatal: construcción de modelo el Salvador [Presentación en CD-ROM]. El Salvador: el Programa; 2007.
69. Nureña CR. Incorporación del enfoque intercultural en el sistema de salud peruano: la atención del parto vertical. *Rev Panam Salud Pública* 2009; 26 (4):368–76.
70. Bellangers Miranda E A. Principales causas de mortalidad materna en el hospital Bertha Roque, Managua en el periodo comprendido enero – diciembre 2009. [tesis Maestría]. Nicaragua: Universidad Autónoma de Nicaragua, Facultad de Ciencias Médicas; 2010.
71. Garnica Marroquín F L. Factores socioculturales que inciden en el proceso de “vidas salvadas” de madres en el riesgo de muerte materna en comunidades rurales de Guatemala: casos Alta Verapaz. [tesis Licenciatura Sociología]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala. Escuela de Ciencia Política, Área de Sociología; 2009.
72. Mogollón Archila KV. Conocimientos que poseen las embarazadas o púérperas sobre el modelo de las cuatro demoras que inciden en la mortalidad materna. [tesis Médica y Cirujana]. Universidad de San Carlos de Guatemala. Facultad de Ciencias Médicas; 2009.

73. Avila Alatriza J V. Grajeda Ancca P F. Escudero Casquino M R. Características epidemiológicas de la mortalidad materna en el departamento de Cusco – año 2003. SITUA Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco [revista en línea] 2003, [14 jun 2010] 12 (23): 23 -35: Disponible en http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/situa/2004_n23/enPDF/a05.pdf
74. Observatorio en Salud Reproductiva de Alta Verapaz. La muerte materna: sucesos y consecuencias para los huérfanos, las familias y las comunidades: estudio de caso en Alta Verapaz. Guatemala: Asociación Guatemalteca de Mujeres Médicas, USAID/Iniciativa de Políticas en Salud; 2010.

ANEXOS



**ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA
CARACTERIZACION DE LA MORTALIDAD MATERNA
MUNICIPIO DE SAN PEDRO CARCHA ALTA VERAPAZ**



INSTRUCCIONES:

La presente entrevista recolectará información que permita describir las características de las mujeres y elementos que favorecieron las muertes maternas ocurridas en el periodo de enero a diciembre del año 2009, por lo que se le solicita responder con veracidad, las preguntas que a continuación se le presentan, información que se manejará con confidencialidad.

Persona entrevistada:

Esposo _____ Padre/Madre _____ Suegra: _____

Comunidad: _____ Aldea _____ Caserío _____

Fecha de Fallecimiento _____

Fecha de la entrevista _____ No. de la entrevista _____

SECCIÓN I: INFORMACION SOCIO-DEMOGRAFICA

1 ¿Qué edad tenía la mujer al fallecer?

- | | | |
|--------------|---|--------------------------|
| 10 - 15 años | 1 | <input type="checkbox"/> |
| 16 - 20 años | 2 | <input type="checkbox"/> |
| 21 - 25 años | 3 | <input type="checkbox"/> |
| 26 - 30 años | 4 | <input type="checkbox"/> |
| 31 - 35 años | 5 | <input type="checkbox"/> |
| 36 - 40 años | 6 | <input type="checkbox"/> |
| 41 - 45 años | 7 | <input type="checkbox"/> |
| 46 - + años | 8 | <input type="checkbox"/> |

2 ¿Cuál fue el estado civil de la mujer que falleció?

- | | | |
|------------|---|--------------------------|
| Casada | 1 | <input type="checkbox"/> |
| Soltera | 2 | <input type="checkbox"/> |
| Viuda | 3 | <input type="checkbox"/> |
| Divorciada | 4 | <input type="checkbox"/> |
| Unida | 5 | <input type="checkbox"/> |

3 ¿Cuál fue la religión de la mujer que falleció?

- | | | | |
|------------|--------------------------|---------------|--------------------------|
| 1 Católica | <input type="checkbox"/> | 2 Protestante | <input type="checkbox"/> |
|------------|--------------------------|---------------|--------------------------|

4 ¿Cuál es el grupo étnico de la mujer que falleció por causas obstetricas?

1 Indígena

2 No indígena

5 ¿Idiomas que habla?

Español

1

Q'eqch'i

2

Español/Q'eqch'chi

3

Poqomch'i

4

Otro

5

6 ¿Es originaria de ésta comunidad?

1 SI

2 NO

Establezca si la comunidad es :

1 Urbana

2 Rural

3 Peri urbana

7 ¿Asistió a la escuela la mujer que falleció ?

1 SI

2 NO

Si la respuesta es NO, preguntar por qué? _____

4 Si la respuesta anterior es SI, ¿Qué nivel ecademico alcanzó?

Ningún tipo de estudio

1

Nivel primario

2

Nivel básico

3

Nivel diversificado

4

Nivel universitario

5

5. ¿Qué trabajo realizaba la mujer antes de morir?

Ama de casa

1

Agricultora

2

Estudiante

3

Profesional

4

Otro

5

SECCIÓN II: CAUSAS DE MUERTE MATERNA

6. ¿Cuáles fueron los signos y síntomas que presentó la mujer antes de morir?

7. Determinar la causa materna de acuerdo a los signos y síntomas que presentó la mujer antes de morir, según la respuesta anterior.

- | | | |
|-----------------------|---|--------------------------|
| Hemorragia | 1 | <input type="checkbox"/> |
| Salida de un miembro | 2 | <input type="checkbox"/> |
| Fiebre | 3 | <input type="checkbox"/> |
| Retención Placentaria | 4 | <input type="checkbox"/> |
| Convulsiones | 5 | <input type="checkbox"/> |
| Presión alta | 6 | <input type="checkbox"/> |

8. ¿Presentó algún problema de salud la mujer cuando estuvo embarazada?

1 SI 2 NO

Preguntar qué problemas presentó?

SECCIÓN III: DEMORAS QUE INFLUYERON EN LAS MUERTES MATERNAS

9. ¿Conoce usted los signos y señales de peligro en la mujer durante el embarazo, parto y puerperio?

1 SI 2 No

¿Cuáles?

- | | | |
|---------------------------------|---|--------------------------|
| Hemorragia | 1 | <input type="checkbox"/> |
| Dolor de cabeza | 2 | <input type="checkbox"/> |
| Dolor Epigástrico | 3 | <input type="checkbox"/> |
| Ruptura prematura de membranas | 4 | <input type="checkbox"/> |
| Fiebre | 5 | <input type="checkbox"/> |
| Visión Borrosa | 6 | <input type="checkbox"/> |
| Ausencia de movimientos fetales | 7 | <input type="checkbox"/> |

10. ¿Quién reconoció los signos y señales de peligro en la mujer que falleció?

Paciente	1	<input type="checkbox"/>
Esposo	2	<input type="checkbox"/>
Suegra	3	<input type="checkbox"/>
Abuelos	4	<input type="checkbox"/>
Comadrona	5	<input type="checkbox"/>
Personal de salud	6	<input type="checkbox"/>
Terapeutas tradicionales	7	<input type="checkbox"/>

11. ¿El personal de salud elaboró un plan de emergencia familiar, para saber qué hacer por alguna complicación durante el embarazo, parto o puerperio?

1 SI 2 NO

Si la respuesta es Si, verificar la existencia del plan de emergencia familiar en casa o expediente de la paciente

1 SI 2 NO

Si la respuesta anterior es SI, preguntar cuál es el proceso del plan de emergencia familiar.

12. ¿Quién fue la persona que decidió buscar ayuda?

Paciente	1	<input type="checkbox"/>
Esposo	2	<input type="checkbox"/>
Suegra	3	<input type="checkbox"/>
Abuelos	4	<input type="checkbox"/>
Comadrona	5	<input type="checkbox"/>
Terapeutas tradicionales	6	<input type="checkbox"/>
Personal de salud	7	<input type="checkbox"/>

13. ¿Quién fue la persona que acudio para ayudar a la mujer?

Ninguno	1	<input type="checkbox"/>
Esposo	2	<input type="checkbox"/>
Suegra	3	<input type="checkbox"/>
Abuelos	4	<input type="checkbox"/>
Comadrona	5	<input type="checkbox"/>
Terapeutas tradicionales	6	<input type="checkbox"/>
Personal de salud	7	<input type="checkbox"/>

14. ¿Cuánto tiempo transcurrió para brindarle ayuda a la mujer?

- | | | |
|-------------|---|--------------------------|
| media hora | 1 | <input type="checkbox"/> |
| Una hora | 2 | <input type="checkbox"/> |
| Medio día | 3 | <input type="checkbox"/> |
| un día o má | 4 | <input type="checkbox"/> |

15. ¿Cuánto tiempo hay entre la comunidad y el servicio de salud más cercano?

- | | | |
|-------------|---|--------------------------|
| 20 minutos | 1 | <input type="checkbox"/> |
| 1 y 3 horas | 2 | <input type="checkbox"/> |
| 3 y 6 horas | 3 | <input type="checkbox"/> |
| 12 horas | 4 | <input type="checkbox"/> |
| 24 horas | 5 | <input type="checkbox"/> |

16. Observar las características de la vía de acceso de la comunidad para llegar a un servicio de salud

- | | | |
|-------------------|---|--------------------------|
| Asfalto | 1 | <input type="checkbox"/> |
| Terracería | 2 | <input type="checkbox"/> |
| Vereda | 3 | <input type="checkbox"/> |
| Terracería-Vereda | 4 | <input type="checkbox"/> |
| Vía acuática | 5 | <input type="checkbox"/> |
| Vía aérea | 6 | <input type="checkbox"/> |

17. ¿Cuál es el Transporte que utilizan desde la comunidad hasta el servicio de salud más cercano?

- | | | |
|---------------------------|---|--------------------------|
| A Caballo | 1 | <input type="checkbox"/> |
| En lancha | 2 | <input type="checkbox"/> |
| Vehículo de cuatro ruedas | 3 | <input type="checkbox"/> |
| Motocicleta | 4 | <input type="checkbox"/> |
| Bicicleta | 5 | <input type="checkbox"/> |
| A pie | 6 | <input type="checkbox"/> |
| Otro | 7 | <input type="checkbox"/> |

18. ¿Existe alguna red telefónica en la comunidad?

1 SI

2 NO

19. ¿Cuál es la Vía de comunicación más rápida que hay entre la comunidad y el servicio de salud más cercano?

- | | | |
|-----------|---|--------------------------|
| Celulares | 1 | <input type="checkbox"/> |
|-----------|---|--------------------------|

Radio	2	<input type="checkbox"/>
otros	3	<input type="checkbox"/>
20. ¿Asistió al servicio de salud más cercano la mujer?		
1 Si	<input type="checkbox"/>	2 NO <input type="checkbox"/>
¿Por qué? _____		
21. Si la respuesta es SI, pregunte cuánto tiempo esperó para que la atendieran en el servicio?		
Inmediatamente	1	<input type="checkbox"/>
Media hora	2	<input type="checkbox"/>
Medio día	3	<input type="checkbox"/>
Un día	4	<input type="checkbox"/>
22. ¿Dónde Falleció la mujer?		
Domicilio	1	<input type="checkbox"/>
Vía Pública	2	<input type="checkbox"/>
CAP	3	<input type="checkbox"/>
CAIMI	4	<input type="checkbox"/>
Hospital	5	<input type="checkbox"/>
IGSS	6	<input type="checkbox"/>
23. ¿Qué tipo de personal de salud atendió a la paciente?		
Médico	1	<input type="checkbox"/>
Enfermera	2	<input type="checkbox"/>
Auxiliar de enfermería	3	<input type="checkbox"/>
24. ¿Cuál fue el procedimiento que se le realizó a la mujer en el servicio de salud?		
Parto normal		<input type="checkbox"/>
Cesárea		<input type="checkbox"/>
Referencia a otro nivel por		<input type="checkbox"/>
otro		<input type="checkbox"/>
25. ¿Cuál fue la condición de la paciente al ingresar al servicio de salud?		
Paciente normal	1	<input type="checkbox"/>
Grave	2	<input type="checkbox"/>
Gravemente enferma	3	<input type="checkbox"/>
Inconsciente	4	<input type="checkbox"/>

26. ¿Cuánto tiempo transcurrió desde el ingreso al servicio de salud y el fallecimiento de la mujer?

- | | | |
|----------------|---|--------------------------|
| Inmediatamente | 1 | <input type="checkbox"/> |
| Media hora | 2 | <input type="checkbox"/> |
| Una hora | 3 | <input type="checkbox"/> |
| 6 horas | 4 | <input type="checkbox"/> |
| Un día o más | 5 | <input type="checkbox"/> |

27. ¿En qué servicio de salud falleció la mujer por complicaciones obstetricas?

- | | | |
|------------------------|---|--------------------------|
| Centro de convergencia | 1 | <input type="checkbox"/> |
| Puesto de salud | 2 | <input type="checkbox"/> |
| CAP | 3 | <input type="checkbox"/> |
| CAIMI | 4 | <input type="checkbox"/> |
| Hospital | 5 | <input type="checkbox"/> |

SECCIÓN IV: EXISTENCIA DEL COMITÉ DE EMERGENCIA EN LA COMUNIDAD

28. Existe un comité organizado para atender las emergencias de salud en la comunidad?

1 SI 2 NO

¿Si la respuesta es no que describa por qué?

29. ¿Conoce usted quiénes integran el comité de emergencia comunitario?

1 SI 2 NO

preguntar por nombres de los integrantes del comité

30. Participaron los integrantes del comité cuándo usted tuvo el problema? en la comunidad?

1 Si 2 No

31.Cuál fue la participacion de los integrantes de comité?

SECCIÓN V: EXISTENCIA DEL PLAN DE EMERGENCIA ACTIVO EN EL COMITÉ DE EMERGENCIA

32. ¿ Sabe usted si existe un plan de emergencia activo en la comunidad para para la toma de decisiones oportunamente?

1 SI

2 No

Si la respuesta es SI, verificar la existencia del plan de emergencias y en dónde se encuentra ubicado

33. ¿Conocen todas las familias el plan de emergencia para buscar ayuda cuándo la necesiten?

SI

NO

34. ¿Considera usted qué es importante el apoyo del comité de emergencia?

1 SI

2 NO

Si la respuesta es NO que indique por qué?

35. ¿Por qué cree usted que se mueren las mujeres durante el embarazo, parto o puerperio?

36. ¿Qué acciones realizaría si se presente otra situación igual, para que la mujer no se muera?

37. ¿Qué recomienda a las familias para que no vuelvan a suceder casos iguales en la comunidad?

OBSERVACIONES

Nombre y firma de la persona que entrevisto



**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
PROGRAMA MAESTRIA EN CIENCIAS EN SALUD PÚBLICA
ÁREA DE INVESTIGACION**



1 de 2 Pág.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estudio: Caracterización epidemiológica de mortalidad materna, municipio de San Pedro Carchá Alta Verapaz.

Yo, _____ de _____ años de edad, originario de la comunidad: _____ municipio de _____

Se me ha informado que he sido elegido para participar en el estudio que describirá las características de las mujeres y elementos que favorecieron las muertes maternas ocurridas en el municipio de San Pedro Carcha en el año 2009.

Se me ha informado que he sido elegido por ser pariente de la mujer y/o por haber presenciado y apoyado directamente a la paciente desde que presento el problema hasta que falleció.

Se me ha informado que mi participación en el estudio ayudará a mejorar acciones que se dejan de hacer en la familia, comunidad y servicios de salud.

Se me ha informado que la entrevista durará treinta minutos para responder a 40 preguntas cerradas, las que debo responder con la verdad.

Se me ha informado que no me ocasionará gastos, no dañará mi salud, ni mi integridad física.

Se me ha informado que los resultados del estudio beneficiará a la mujer embarazada de mi comunidad y del municipio, porque mejorarán acciones individuales, familia, comunidad y servicios de salud, para que ya no mueran más mujeres por problemas del embarazo, parto y después del parto.

Se me ha informado que tengo derecho a retirarme del estudio cuando lo desee, sin que el entrevistador tome ninguna represalia contra mi persona.

Los datos que provea serán estrictamente confidenciales y no se dará a conocer mi identidad a ninguna institución o persona, porque la información se utilizará para fines del estudio.

Se me ha informado que puedo solicitar una sanción para el investigador a la institución que autorizó el estudio con el Dr. José Hernández, director de Área de Salud de Alta Verapaz al número 79521189 y al centro académico de formación con el Dr. Mario Salazar, coordinador de la Maestría en ciencias en salud al número 24187457, si no cumple con guardar la confidencialidad de la información.

Conociendo la información y los beneficios de la investigación, ACEPTO participar en el estudio proveyendo información necesaria, porque considero que es importante mejorar acciones desde la familia, comunidad y servicios de salud y porque aportará resultados que ayudarán a que no mueran otras mujeres por problemas durante el embarazo, parto y después del parto.

Entiendo que no pondrá en riesgo mi salud y que la información que daré no atenta contra mi privacidad, mi seguridad o mis derechos.

2 de 2 Pág.

San Pedro Carchá, Alta Verapáz _____ de mayo del 2010

Nombre y firma del participante _____

Nombre y firma del investigador _____