



**UNIVERSIDAD DE CUENCA  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
ESCUELA DE MEDICINA**

**PERCEPCION COMUNITARIA SOBRE LA  
MUERTE MATERNA, PROVINCIA DEL  
AZUAY 2006- 2007**

Tesis previa a la obtención  
del título de médico

**AUTORA:**

Nataly Vásquez Encalada.

**DIRECTOR Y ASESOR: Dr. Jose Ortiz S.**

**CUENCA-ECUADOR**

JUNIO 2008

## RESUMEN

La mortalidad materna es un indicador directo que refleja múltiples dimensiones del estado de salud de una población y que indirectamente describe las condiciones sociales, económicas y culturales que actúan en una comunidad. Los países que han conseguido disminuirla han adoptado medidas globales de costo efectividad probada: planificación familiar para la prevención del embarazo no deseado, manejo apropiado del embarazo de alto riesgo, mejoramiento de los estándares y prácticas de personal calificado para el manejo del parto basado en la evidencia y provisión de abortos seguros; así como vigilancia de las muertes maternas para monitorear su evolución, distribución, determinantes y causas, y para evaluar el impacto de las intervenciones y realizar las acciones necesarias.

En esta investigación cualitativa se intento reconstruir la historia y el camino recorrido por la mujer desde que percibió algún malestar hasta que falleció, la percepción familiar y comunitaria a cerca de la muerte materna de los casos registrados en la provincia del Azuay 2006 – 2007 y sobre la base de esta elaboramos sugerencias para la adaptación cultural del programa de salud materna conducida por el ministerio de salud pública, además el material fue analizado siguiendo los criterios del modelo “de las tres demoras” Este modelo considera tres momentos claves en los cuales se pueden identificar factores que generan una demora en el acceso en tiempo y forma al tratamiento de una emergencia obstétrica, y de ese modo aumentar las probabilidades de una muerte materna. Estos tres momentos son: demora en decidir buscar atención; demora en llegar al servicio de salud; y demora en recibir el tratamiento adecuado dentro del servicio.

### RESULTADOS:

Los resultados encontrados son consistentes con lo referido a nivel internacional y nacional, confirmando, además, que, en buena parte, los factores asociados a las muertes maternas reflejan problemas de la estructura social, donde los servicios de salud, que tienen también una participación importante en la ocurrencia de la muerte materna, son, finalmente, una expresión de esas estructuras sociales.

Además se encontró que de las tres demoras que influenciaron como causa de muerte materna, la primera demora o sea aquella que es acerca del reconocimiento del peligro fue la de mayor incidencia de causa.

## **AGRADECIMIENTOS**

*Resulta difícil resumir en unos cuantos párrafos lo valioso del respaldo y aporte de las personas que contribuyeron a hacer posible esta investigación. La mortalidad materna es un asunto público, pero obviamente es ante todo un asunto personal con ribetes muy íntimos. Es por eso que dejo expresado mi mas profundo agradecimiento a las mujeres y hombres participantes en la investigación. Ellos en muchos casos compartieron conmigo, extraños a sus vidas, vivencias y sentimientos muy valiosos para alcanzar el objetivo propuesto. Espero que sus sueños se hagan realidad que no solo quede en sueños...*

*“No simplemente porque estas son mujeres en la plenitud de sus vidas... No simplemente porque morir por causas maternas es una de las formas más terribles de morir ...Pero por encima de todo, porque cada muerte materna es un evento que podría haberse evitado y que nunca debiera haberse permitido que ocurriera.”*  
(Fathalla, M., 1997).

*La mortalidad materna ha sido una tragedia descuidada,  
y se ha descuidado porque las que sufren son personas  
ignoradas, con menos fuerza e influencia sobre cómo  
se emplean los recursos nacionales, son pobres,  
y por encima de todo, mujeres.  
(Discurso inaugural del Dr. Halfdan Thomas Mahler  
en la Conferencia de Maternidad sin Riesgo, Nairobi, 1987)*

# INDICE DE CONTENIDO

## RESUMEN EJECUTIVO

## CAPITULO I Página

INTRODUCCION.....	7
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACION.....	10

## CAPITULO II

MARCO TEÓRICO .....	11
---------------------	----

## CAPITULO III

OBJETIVOS.....	34
3.1 Objetivos Generales.....	
3.2 Objetivos Específicos.....	

## CAPITULO IV

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	37
--------------------------------------	----

## CAPITULO V

RESULTADOS .....	44
------------------	----

DISCUSION .....	68
-----------------	----

BIBLIOGRAFÍA .....	74
--------------------	----

ANEXOS .....	78
--------------	----

## INTRODUCCIÓN

*En el camino de la muerte materna sólo quedan palabras ...*

La mortalidad materna es un indicador directo que refleja múltiples dimensiones del estado de salud de una población y que indirectamente describe las condiciones sociales, económicas y culturales que actúan en una comunidad. . Los países que han conseguido disminuirla han adoptado medidas globales de costo efectividad probada: planificación familiar para la prevención del embarazo no deseado, manejo apropiado del embarazo de alto riesgo, mejoramiento de los estándares y prácticas de personal calificado para el manejo del parto basado en la evidencia y provisión de abortos seguros; así como vigilancia de las muertes maternas para monitorear su evolución, distribución, determinantes y causas, y para evaluar el impacto de las intervenciones y realizar las acciones necesarias.

La Organización Panamericana de la Salud estima, que en América Latina, al menos 23.000 mujeres mueren por causas relacionadas con el embarazo, parto y post parto cada año, con un número aún mayor que sufre las secuelas a largo plazo debido a la misma razón; y que el riesgo de morir de las mujeres en Ecuador por estas causas es de 20 veces mayor a las canadienses y el doble del promedio de las latinoamericanas, convirtiéndose la mortalidad materna en un indicador que refleja no sólo el desarrollo socioeconómico de un país sino la inequidad en salud que enfrentan las mujeres.

Debe además destacarse que según algunos estudios, la mortalidad materna aún es de difícil medición o su medición no es totalmente confiable, pues los sistemas de información son deficientes y no registran adecuadamente los acontecimientos vitales, “muchas muertes maternas quedan sin registrar, especialmente en las poblaciones rurales, en muchos casos el origen obstétrico es encubierto por la consecuencia final que produce la muerte.

La mujer se abandona así misma en el cuidado de la familia y es la última en comer de una dieta familiar de por sí precaria. La excesiva carga laboral, la desnutrición, los matrimonios y embarazos tempranos, y la violencia mellan la vida de las mujeres en especial indígenas campesinas. Las deficientes condiciones de salud de las mujeres y la multiparidad determinan la alta mortalidad materna cuya causa principal son las

hemorragias antes, durante o después del parto, seguidas de los embarazos complicados, infecciones puerperales y abortos, la mayoría de las veces sin contar con ningún tipo de asistencia sanitaria especializada. La educación de las mujeres, por estar destinadas al cuidado de la familia y los hijos, no se considera tan importante por lo que el rezago educativo en las niñas es considerable, el porcentaje de analfabetismo. Las mujeres están tradicionalmente excluidas de los espacios de tomas de decisiones a pesar de su importante papel en la reproducción de la vida comunitaria.

La muerte de mujeres jóvenes y sanas, que ocurre durante el embarazo, parto o puerperio, tiene consecuencias profundamente negativas también para sus familias, y otros miembros de la comunidad que estén relacionados con ellas. En nuestro medio se ha desarrollado programas para la reducción de la mortalidad materna pero muy poco se ha hablado de programas para rehabilitar a las familias, mental y psicológicamente, muy poco se sabe que hay después de una muerte materna, cuales han sido las consecuencias negativas después de un suceso. Cuando estas muertes se multiplican o se mantienen en forma sostenida en el tiempo, representan un problema de salud pública y sobre todo un grave problema ético que exige una intervención urgente.

En este sentido, el estatus de la mujer debe ser elevado y reconocido en todo su valor, tanto en el papel productivo y reproductivo que desempeña en la sociedad; esto entraña que la mujer se le sitúe en primer plano como persona, más que como un objeto de intervenciones.

La mayoría de las mujeres que mueren por causas asociadas a la maternidad son las más pobres, con menor nivel educativo, alta fecundidad y dificultades en el acceso a los servicios de salud. Sin embargo, no alcanza el “abordaje de riesgo” para predecir qué mujeres tendrán complicaciones, siendo necesario asumir que cualquier complicación puede desarrollarse durante o después del embarazo en forma imprevista.

Es interesante destacar que la metodología empleada en la investigación fue la cualitativa, cuantitativa ya que el número de casos de muertes maternas en la provincia del Azuay no fue significativo, se utilizó las autopsias verbales en la investigación cualitativa como un proceso destinado a facilitar la identificación de muertes maternas donde la certificación médica es inadecuada. Dado que tanto el informe estadístico de defunción como la historia clínica indicaban con claridad la causa de muerte, las autopsias verbales (AV) se utilizaron para reconstruir la dinámica de los factores familiares, personales y comunitarios que obstaculizaron el contacto oportuno de la mujer con el servicio de salud.

Los datos de las autopsias verbales se recopilaron mediante una técnica normalizada consistente en presentar un cuestionario estructurado y otro con preguntas abiertas a los parientes cercanos o amigos de las mujeres fallecidas.

## **1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.**

La pérdida de la salud o la vida de las mujeres durante sus procesos reproductivos es una situación lamentablemente todavía vigente en nuestro país al igual en los países subdesarrollados, la muerte materna es una de las ocurrencias más traumáticas que puede sufrir una familia y la sociedad, se trunca una vida joven, siendo los más afectados los hijos pequeños, convirtiéndose en un verdadero problema de salud pública de trascendencia social en el cual se ha logrado poco progreso, si se compara con los esfuerzos en la región en la materia de reducción de la mortalidad por otras causas. <sup>(1)</sup>

Es evidente, que el bajo nivel social y económico de la mujer, la violencia intrafamiliar, el acceso limitado a programas de información, educación y comunicación, y las dificultades prácticas restricciones económicas, geográficas, sociales y culturales— para acceder a servicios específicos de calidad (tanto de salud como sociales), son factores, entre otros, que contribuyen a mantener elevados los niveles de morbilidad y mortalidad materna en el país. <sup>(12) (14)</sup>

También es evidente, que las causas vinculadas con la mortalidad materna pueden eliminarse casi en su totalidad o al menos reducirse a su mínima expresión, si se orientan los servicios de atención prenatal y natal hacia las áreas geográficas y grupos sociales con mayores desventajas socioeconómicas zonas rurales, población indígena y afro descendiente, pues se ha comprobado una asociación importante entre alta mortalidad materna y condiciones socioeconómicas desmedradas. <sup>(12) (14)</sup>

## **2. JUSTIFICACIÓN**

Desde 1987 ha aumentado considerablemente el conocimiento de las causas de discapacidad y muerte materna, la alta fecundidad, el aborto provocado, el embarazo en adolescentes, algunas afecciones que se originan en el periodo peri natal.<sup>(1)</sup>

Actualmente existe un predominio del enfoque fragmentario de la problemática de la mortalidad materna, tomando en cuenta además la provisión de los servicios de salud no favorecen el cambio, debido a que la capacidad resolutoria de una gran mayoría de las unidades no dan respuesta a las reales necesidades de salud de la población, no incorporan las estrategias de participación comunitaria y social muchas veces no respetan los valores culturales y desconocimiento del ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos. <sup>(1)</sup>

La historia indica que la clave para la reducción de la mortalidad materna no reside exclusivamente en el desarrollo socioeconómico general sino en ofrecer un tratamiento eficaz y accesible, toda vez que, la muerte materna es un evento evitable, el peso mayor de 90% recae en nuestro país en los servicios de salud como factor causal que está incidiendo en la morbi mortalidad materna, de acuerdo a la concepción epidemiológica.

(1)

### 3. FUNDAMENTO TEÓRICO

#### 3.1 DEFINICIONES

3.1.1. **Defunción materna:** Se define como la muerte 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 debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo, o su atención pero no por causas accidentales o incidentales. (2) (11)(13) (20)

Defunción materna tardía.- Es la muerte de una mujer por causas obstétricas directas o indirectas, después de los 42 días pero antes de un año de la terminación del embarazo.

(2) (11)(13) (20)

3.1.2. **Muerte relacionada con el embarazo.-** Es la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la causa de la defunción. Las defunciones maternas pueden subdividirse en dos grupos. (2) (11)(13) (20)

3.1.2.1 Defunciones obstétricas directas.- son las que resultan de complicaciones obstétricas del embarazo (embarazo, parto, puerperio) de intervenciones, omisiones, de tratamiento incorrecto, o de una cadena de acontecimiento originada en cualquiera de las circunstancias mencionadas. (2) (11)(13) (20)

3.1.2.2 Defunciones obstétricas indirectas.- Son las que resultan de una enfermedad

existente desde antes del embarazo o de una enfermedad que evoluciona durante el mismo, no debidas a causas obstétricas directas pero si agravadas por los efectos fisiológicos del embarazo. (2) (11)(13) (20)

**3.1.3 Muerte no materna.-** Incluye la muerte de mujeres durante el periodo del embarazo, parto y puerperio, pero por causas incidentales o accidentales, pero no por complicaciones relacionadas a dicho proceso. (2) (11)(13) (20)

**3.1.4 Muerte Materna hospitalaria.-** Es la ocurrida por complicaciones del embarazo, parto y puerperio, luego de haber transcurrido 48 horas de permanencia en la unidad hospitalaria. (2) (11)(13) (20)

**3.1.5 Muerte materna Evitable.-** Es la muerte de una mujer en periodo del embarazo, parto o puerperio, que se pudo evitar si se hubiera tomado la decisión oportuna de acudir a los servicios de salud a tiempo y haber recibido atención pertinente y adecuada.

(2) (11)(13) (20)

## **3.2 INDICADORES Y USO**

**3.2.1 Razón de mortalidad materna:** Es el número de defunciones maternas por 100.000 nacidos vivos. Algunas veces se usa 1.000 o 10.000 nacidos vivos.

La razón de mortalidad materna es la medida de mortalidad materna más usada. Mide el riesgo obstétrico una vez que la mujer queda embarazada.

Si la intención es medir el progreso en los servicios de maternidad (un subconjunto de los servicios de salud reproductiva), la razón de mortalidad materna es una mejor medida. (3) (20)

**3.2.2 Tasa de mortalidad materna:** número de defunciones maternas por 100.000 mujeres en edad reproductiva definida como 15 a 44, 10 a 44 o 15 a 49 años. (2) (3) (11). La tasa de mortalidad materna (cuyo denominador es el número de mujeres en edad reproductiva) mide el riesgo de morir e incluye tanto la posibilidad de quedar embarazada (fecundidad) como de morir durante el embarazo o el puerperio.

Si la intención es medir la línea de base o el progreso de los servicios de salud reproductiva, la tasa de mortalidad materna es una mejor medida porque incorpora el progreso en el uso de planificación familiar (fecundidad, espaciamiento, edad al momento del embarazo, etc.) así como el progreso en los servicios de maternidad (acceso y calidad de la atención). . (2) (3) (11)

La tasa de mortalidad materna permite: a) evaluar la calidad de la atención antes, durante y luego del parto; b) analizar la capacidad de oferta y la posibilidad de acceso de las mujeres a los servicios de salud; y, c) agrupar los procesos obstétricos directos o las causas de mortalidad relacionadas directamente con el embarazo, el parto y el posparto. (14) (16)

Pero es esencial recordar que tanto la tasa como la razón miden la suma de los procesos necesarios para un parto seguro. Esto incluye la competencia y la capacitación del encargado del parto, la habilidad para referir cuando surgen complicaciones, la disponibilidad del transporte para la referencia, la disposición de las familias y las comunidades para referir y la capacidad de pagar su costo y los recursos (humanos y materiales) disponibles en el lugar de referencia. Por lo tanto, debe reconocerse que una mejora en un solo aspecto de los mencionados aquí no necesariamente conduce a un cambio en la razón/tasa. (3) (20)

La medición de la razón y la tasa de mortalidad materna a menudo no es factible porque:

- existen dificultades asociadas a su medición
- debido a estas dificultades, es difícil interpretar resultados inesperados de la medición
- la medición requiere tiempo y es costosa, lo que puede distraer a las autoridades que fijan las políticas de la necesidad de empezar las intervenciones y
- la falta de cambio en la medida no necesariamente significa que no ha habido progreso. (3) (20)

### 3.3 *SITUACIÓN ACTUAL*

#### 3.3.1 *A NIVEL MUNDIAL*

Es difícil medir la mortalidad materna, y los datos disponibles sólo ofrecen estimaciones generales. La OMS, el UNICEF y el FNUAP calculan que todos los años mueren unas 536 mil mujeres como consecuencia del embarazo y el parto 99% de las muertes se han dado en los países en vías de desarrollo (533 mil) la mitad de esas muertes ocurrieron el África sub. sahariana 270 mil seguido por el Sur de Asia 188 mil, esto quiere decir que tanto el África sub. Sahariana como el sur de Asia representan el 86% de muertes maternas a nivel mundial. <sup>(4) (5) (6) (7) (8) (9)</sup>

La tasa de mortalidad materna es una medida del riesgo de fallecimiento de la mujer embarazada. Las mujeres se enfrentan con este riesgo en cada embarazo. Una evaluación general del riesgo debería tener en cuenta tanto la media de alumbramientos por mujer como la probabilidad de fallecimiento como consecuencia del alumbramiento, acumuladas a lo largo de la vida reproductiva de la mujer: el “período de riesgo vital”. Las mujeres de países cuyas tasas de fertilidad y de mortalidad materna son altas tienen los períodos de riesgo vital más altos. , el riesgo de fallecimiento más alto durante el período corresponde al África sub. Sahariana, donde el riesgo de que una mujer muera por causas relacionadas con la maternidad alcanza la elevada cifra en el mundo en general. Así pues en África, así como en partes de Asia y del Oriente Medio, las mujeres literalmente “se arriesgan a morir por dar la vida”. . <sup>(4) (5) (6) (7) (8) (9) (20)</sup>

Para los objetivos del milenio en el 2005 la razón de mortalidad materna para los países en vías de desarrollo fue 450 por 100mil nacidos vivos en contraste con las regiones desarrolladas de 9 por 100mil nacidos vivos y estados independientes de 51.

Entre los países en vías de desarrollo, el África sub. Sahariana tuvo el mas alto razón de mortalidad materna 900 en el 2005 seguido por el sur de Asia de 490, Oceanía 430, el sur este de Asia 300, sur oeste 160, el norte de África 160, Latino América y el caribe 130, y el este de Asia 50. <sup>(26) (27) (28)</sup>

Un total de 14 países tuvieron una razón de mortalidad materna de al menos 1000, de los cuales 13 (excluyendo Afganistán) fueron de la región de África sub. Sahariana, Estos países son Sierra Leona 2100, Nigeria 1800, Afganistán 1800, Chad 1500, Somalia 1400, Angola 1400, Ruanda 1300, Liberia 1200, Nueva Guinea 1100, Burundi 1100, Republica Democrática del Congo 1100, Malawi 1100, Camerún 1000, por el contraste Irlanda tenía una razón de muerte materna de 1 por 100 mil nacidos vivos.

La probabilidad de que una mujer de 15 años muera eventualmente de causa materna es alto en África de 1 en 26 seguido por Oceanía 1 en 62 y de Asia 1 en 120 mientras que en los países desarrollados el riesgo fue de 1 en 7300. De todos 171 países y territorios por los cuales se hicieron las estimaciones, Nigeria tuvo el mas alto riesgo 1 en 7 en contraste con Irlanda que obtuvo el mas bajo riesgo de 1 en 48000. <sup>(4) (5) (6) (7) (8) (9)</sup>

Los separados análisis muestran que a nivel global la mortalidad materna ha decrecido en un promedio de 1% anualmente entre 1990 y el 2005, se esperaría una reducción del 5.5 % con el cual se alcanzaría el quinto objetivo del milenio el cual consiste en reducir la mortalidad materna.

Para alcanzar ese objetivo se necesitaría un decremento de las tasas mucho más rápido en el futuro, especialmente en el África Sub. Sahariana donde la reducción anual es de aproximadamente de 0.1%. <sup>(4) (5) (6) (7) (8) (9)</sup>

No hay pruebas de que la tasa de mortalidad materna se haya reducido de forma notable en la mayor parte del mundo durante el decenio, y el objetivo de la Cumbre Mundial de reducirla en un 50% está, desde luego, lejos de alcanzarse. Como es difícil medir la tasa, la atención se ha centrado en los indicadores del proceso, como el porcentaje de alumbramientos asistidos por personal de salud especializado.

Si bien se alcanzaron algunos logros modestos en la mejora de la atención al alumbramiento, los progresos se han registrado sobre todo en zonas en donde la mortalidad materna es menos grave.

La gran mayoría de las muertes maternas son consecuencia directa de complicaciones surgidas durante el embarazo, el parto o el posparto. <sup>(4) (5) (6) (7) (8) (9)</sup>

Uno de los factores más importantes para prevenir la mortalidad materna y neonatal es contar con personal especializado (médicos, enfermeras y parteras) capaz de prevenir, diagnosticar y tratar las principales complicaciones obstétricas, así como con el equipo,

los medicamentos y demás suministros fundamentales para una actuación eficaz. Los datos disponibles indican que sólo algo más de la mitad (56%) de todos los alumbramientos del mundo se realizan con asistencia de personal especializado.

Los niveles más bajos corresponden al Asia meridional (29%) y al África sub. sahariana (37%); y los más altos a las regiones de América Latina y el Caribe (83%) y Europa central y oriental/Comunidad de Estados Independientes (94%). Los datos disponibles sobre las tendencias en 53 países en desarrollo indican que sólo ha habido un moderado aumento de la cobertura entre 1989 y 1999. Los progresos más importantes se produjeron en países del Oriente Medio y el África del Norte, seguidos de Asia y de América Latina y el Caribe. En el África sub. Sahariana, región a la que corresponde la tasa más elevada de mortalidad materna, las cifras correspondientes a la prestación de atención no han variado, y en algunos países la tasa se ha reducido.

Las estimaciones actuales indican que aproximadamente un 64% de las mujeres del mundo en desarrollo realizan al menos una visita prenatal a un trabajador sanitario especializado durante el embarazo. La tasa más alta corresponde a América Latina y el Caribe (84%) y la más baja al Asia meridional (51%). No obstante, estos datos relativamente alentadores se refieren únicamente a una visita prenatal. (4) (5) (6) (7) (8) (9)

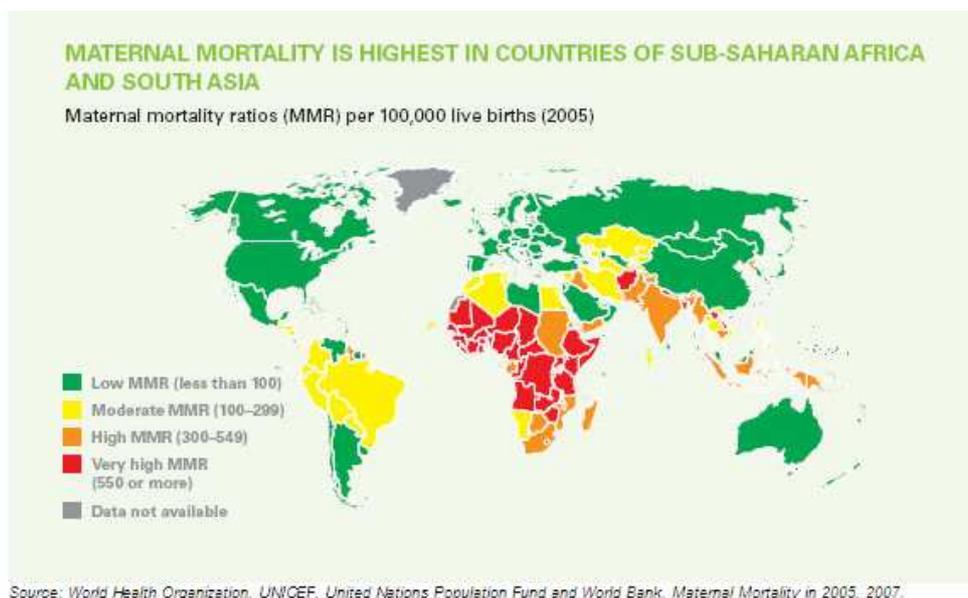


Grafico 1. Estimados de muerte materna para el 2005

Fuente: OMS, UNICEF, UNFP (9) (20)

**Tabla N°1**  
**Estimados de muerte materna para el**  
**OMS 2005**

<i><b>País</b></i>	<i><b>Razón de mortalidad materna (Muerte materna por 100 mil nacidos vivos)</b></i>	<i><b>Bajo estimado</b></i>	<i><b>Alto estimado</b></i>	<i><b>Numero de muertes maternas</b></i>	<i><b>Riesgo de muerte materna 1 en</b></i>
Ecuador	210	65	560	600	170

Fuente: OMS, UNICEF, UNFP (9) (20)

Elaborado por: Nataly Vasquez

**Tabla N°2**  
**Estimados de razón de numero de muertes maternas, riesgo de muerte materna**  
**OMS 2005**

<i><b>País</b></i>	<i><b>Razón de mortalidad materna (Muerte materna por 100 mil nacidos vivos)</b></i>	<i><b>Bajo estimado</b></i>	<i><b>Alto estimado</b></i>	<i><b>Numero de muertes maternas</b></i>	<i><b>Riesgo de muerte materna 1 en</b></i>
<b>Africa</b>	<b>900</b>	<b>450</b>	<b>1500</b>	<b>261000</b>	<b>23</b>
<b>América</b>	<b>99</b>	<b>62</b>	<b>170</b>	<b>16000</b>	<b>420</b>
<b>Sud este de asia</b>	<b>450</b>	<b>290</b>	<b>630</b>	<b>170000</b>	<b>74</b>
<b>Europa</b>	<b>27</b>	<b>17</b>	<b>64</b>	<b>2900</b>	<b>2300</b>
<b>Mediterraneo</b>	<b>420</b>	<b>170</b>	<b>850</b>	<b>66000</b>	<b>61</b>
<b>Pacifico oeste</b>	<b>82</b>	<b>40</b>	<b>170</b>	<b>20000</b>	<b>680</b>
<b>Mundial</b>	<b>400</b>	<b>220</b>	<b>650</b>	<b>536000</b>	<b>92</b>

Fuente: OMS (9) (20)

Elaborado por: Nataly Vasquez

Tabla N°3

**Comparación entre 1990 y 2005 de mortalidad materna  
OMS 2005**

<i>REGION</i>	<i>1990</i>	<i>2005</i>	<i>% diferencia de razón entre 1990 y 2005</i>	<i>Anual % razón entre 1990 y 2005</i>
<b>Africa</b>	<b>910</b>	<b>900</b>	<b>-1.5</b>	<b>-0,1</b>
<b>America</b>	<b>130</b>	<b>99</b>	<b>-25.4</b>	<b>-2.0</b>
<b>Sud este de Asia</b>	<b>650</b>	<b>450</b>	<b>-30.06</b>	<b>-2.4</b>
<b>Europa</b>	<b>39</b>	<b>27</b>	<b>-30.02</b>	<b>-2.4</b>
<b>Mediterraneo</b>	<b>380</b>	<b>420</b>	<b>10.8</b>	<b>0.7</b>
<b>Pacífico oeste</b>	<b>120</b>	<b>82</b>	<b>-30.1</b>	<b>-2.4</b>
<b>mundial</b>	<b>430</b>	<b>400</b>	<b>-5.4</b>	<b>-0.4</b>

Fuente: OMS (9) (20)

Elaborado por: Nataly Vasquez

### 3.3.1.1 CAUSAS DE MUERTE MATERNA

Las causas de muerte materna son similares a nivel de todo el mundo. Globalmente alrededor del 80% de todas las muertes maternas son complicaciones directas durante el embarazo, el parto y el puerperio. La causa mas común que ocupa la cuarta parte de las muertes maternas es el sangrado ocurrido en el posparto. <sup>(1)</sup>

- **Hemorragia:** especialmente la hemorragia posparto, es una situación impredecible y muy peligroso una mujer anémica. Globalmente el 25% de todas las muertes maternas están relacionadas con hemorragias, la pérdida de sangre rápidamente puede llevar a la muerte en ausencia de un cuidado rápido y la administración de drogas que controle el sangrado, masaje que estimule la contracción del útero, y la transfusión de sangre necesaria. <sup>(1)</sup>

- **Sepsis:** la cual es consecuencia de una pobre higiene durante el parto o de enfermedades de transmisión sexual no tratadas, representan al menos el 15% de muertes maternas. Las infecciones pueden ser efectivamente prevenidas con una atención cuidadosa y limpia del parto, con una detección temprana de enfermedades de transmisión sexual durante el embarazo. <sup>(1)</sup>
- **Post parto:** aseguraría la rápida detección de infecciones y su control con antibióticos adecuados. <sup>(1)</sup>
- **Desordenes hipertensivos:** durante el embarazo: particularmente eclampsia son las causas de aproximadamente el 12% de todas las muertes maternas. Las muertes por desordenes hipertensivos pueden ser prevenidas con un monitoreo cuidadoso durante el embarazo, y con tratamiento drogas anticonvulsivantes en caso de eclampsia. <sup>(1)</sup>
- **Labor de parto prolongado:** representa el 8% de las muertes maternas. Esto algunas veces es causado por desproporción cefalo pélvica (cuando la cabeza del infante no puede pasar a través de la pelvis materna) o por no tener presentación caudal. La desproporción es mas común donde la malnutrición es endémica, o en aquellas poblaciones donde las mujeres por tabú de la sociedad se someten a dietas, es peor aun donde las mujeres se casan jóvenes y tienen que probar la fertilidad, antes de que ellas se hayan desarrollado. <sup>(1)</sup>
- **Complicaciones de un aborto provocado:** son responsables del 13% de muertes maternas, en algunas partes del mundo, una de tres o más muertes maternas son asociadas con abortos inseguros. Estas muertes pueden ser evitadas, si las mujeres tienen accesos a información sobre planificación familiar y servicios, complicaciones del aborto. <sup>(1)</sup>

Aproximadamente el 20% de muertes maternas son el resultado de condiciones preexistentes que se exacerbaron durante el embarazo o su manejo. Una de las causas de muerte mas significativa es la Anemia, la cual es también causa de muerte de paro cardiaco, también una buena proporción de muertes son por causa directa (particularmente esas que están relacionadas con hemorragia y sepsis). Otras causas importantes de muerte indirecta incluye malaria, hepatitis, enfermedades cardiacas, y un incremento relativo de VIH y SIDA. Muchas de estas condiciones son relativamente o absolutamente contraindicaciones para el embarazo.

Las mujeres necesitan ser informadas de esos problemas y hacer posible la prevención de otros embarazos mientras estas condiciones son tratadas. (1)

### 3.3.1.2 REDUCCIÓN DE LA MUERTE MATERNA

Record históricos demuestran los avances que se han logrado sobre la reducción de muerte materna. La reducción de la mortalidad materna se dio en Suecia en 1800, con políticas nacionales que favorecieron a profesionales dedicados a la ayuda en el momento de los nacimientos y los cuidados que este implicaba. Para principios del siglo 20 la mortalidad materna fue la mas baja en EUROPA alrededor de 230 por 100 mil nacidos vivos comparado con 500 muertes por 100 mil nacidos vivos que se dio en ese país en 1880. En Dinamarca, Japón, Noruega se tomo similares estrategias y se obtuvo semejantes resultados, en inaltera la reducción de la mortalidad materna fue alrededor de 1930. En cada caso la clave del éxito de la reducción fue el apoyo que les dio instituciones encargadas del cuidado materno, como los profesionales que ayudaban en el momento del parto.

En EE.UU., la estrategia se enfocó en hospitales y en doctores, el resultado fue una mortalidad materna alta, esto probó la dificultad para establecer una adecuada estructura y mecanismos que aseguren la calidad en el cuidado. En 1930 la razón de mortalidad materna fue de 700 por 100 mil en comparación con Inglaterra que fue de 430. Recientemente en SRI LANK se evidencio una reducción de la mortalidad materna relativamente en un periodo corto, Entre el año de 1940 a 1945 se reportó una razón de 1500 por 100 mil nacidos vivos, en el año 1950 se evidenció una mortalidad materna de 555, en 10 años se redujo a la mitad, en 1980 la razón fue de 95, actualmente es 30 muertes maternas por 100 mil nacidos vivos.

Estos avances o cambios fueron seguidos por la introducción de un sistema de facilidades para la salud, aliados a un crecimiento de personas que tenían conocimientos para ayudar en el momento del parto, y la planificación familiar.

Durante 1950 la mayoría de los nacimientos en SRI LANK se dieron en los hogares atendidos por personas no entrenadas, Para 1980 sobre el 85% de todos los nacimientos fueron atendidos por personas entrenadas.

Evidencia similar de intervenciones en el cuidado de la salud se reporta desde China, Cuba, Malasia. Estos países establecieron un sistema de salud basado en el cuidado materno prenatal, en el momento del parto, post parto y un sistema para complicaciones obstetricias.

Con estos ejemplos se demuestra que no solo los países económicamente estables son los que han tenido logros sobre la reducción de la mortalidad materna

Significativos logros, asimismo, se pueden alcanzar si se reduce la incidencia del embarazo y maternidad en las edades de mayor riesgo, particularmente en la adolescencia. (1) (6) (11) (16) (24) (29)

*A NIVEL DEL ECUADOR*

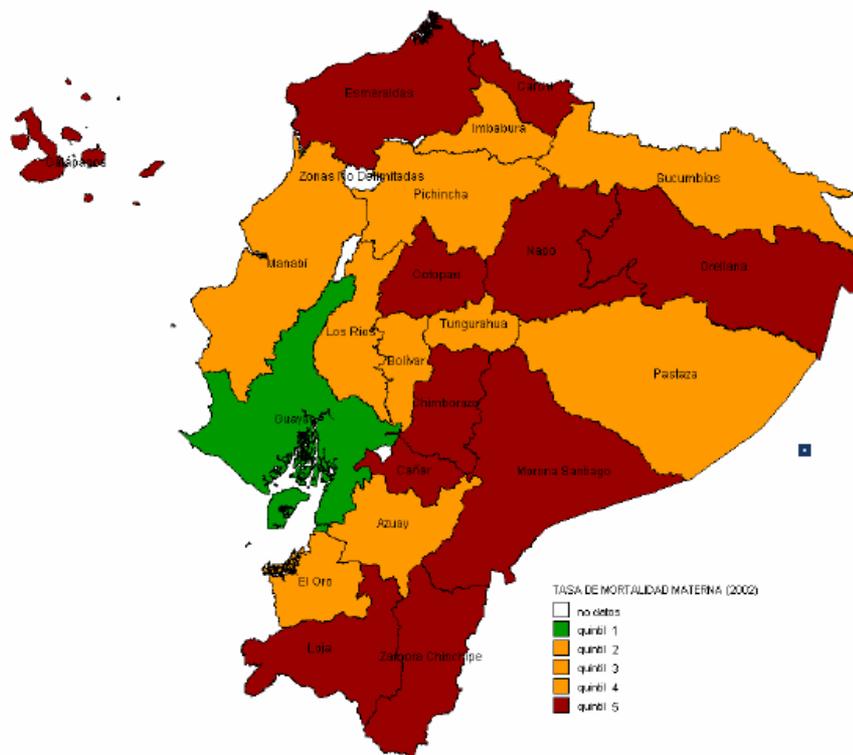


Grafico 2. Tasa de mortalidad materna 2005

Fuente: CISMIL ODM ECUADOR

Para el 2005 la población ecuatoriana proyectada del censo nacional del 2001 INEC es de 13.215.089 habitantes, el 49.6% corresponde a hombres y el 50.4 % a mujeres. De la misma forma la población de mujeres embarazadas es de 360.606 equivalente al 2.76% . El Ecuador es un país multiétnico, pluricultural el 72% es mestizo un 15% blanco 6% indígena 4% negro, y 3% mulato.

Tasa global de fecundidad 3.3 por 1000 mujeres.

En el país contamos con dos fuentes de información de los casos y tasas de mortalidad materna. <sup>(1) (23) (25)</sup>.

Existen varios estudios sobre la situación la institución responsable de proveer los datos oficiales de la razón de la mortalidad materna es el INEC. De acuerdo a la ley todas las muertes se deben reportar en los registros civiles de todo el país, dentro de las 48 horas después de su ocurrencia, a través de los certificados de defunción las limitaciones de los reportes del INEC es la falta de oportunidad de la información dado que sus publicaciones oficiales mantiene un retardo de alrededor de 2 años, y un subregistro encontrados en otros países no desarrollados. <sup>(23)</sup>

De la mortalidad materna en el país que han utilizado diversas fuentes y métodos de calculo. Por décadas los datos oficiales de la mortalidad materna son meramente referenciales. Los datos de los indicadores sociales y demográficos Ecuador 1989 – 1999 OPS INEC MSP señalan de la misma manera casos de la mortalidad materna 117 pertenecen a la región de la sierra 84 a la región de la costa, 8 a la región amazónica, 0 en la región insular. <sup>(19)</sup>

La tendencia de la mortalidad materna según datos oficiales INEC en la década del 90, se observa en el año 1992 una tasa de 125.2 x 100 mil nacidos vivos, mostrando una curva decreciente hasta el año 1998, con 55.4% por 100 mil nacidos vivos; el año 2002 la tasa es de 81.1 x 100 mil nacidos vivos, para el año 2003 la tasa es de 77.8 x 100mil nacidos vivos.<sup>(23)</sup>

Cabe señalar las 5 provincias con mayor número de muertes maternas que se registran en el año 2003 según el INEC:

1. Pichincha 20%
2. Esmeraldas 16%
3. Chimborazo 14%
4. Guayas 9%

Debido al alto subregistro, se tiene un conocimiento aproximado de la realidad sobre la magnitud, distribución y causalidad de la mortalidad materna que no permite tomar decisiones oportunas en lo relacionado a las actividades que deben tomarse.

Desde el año 2002 el MSP implementa el subsistema de vigilancia epidemiológica e investigación de la mortalidad materna, primer eje del plan nacional para la reducción de la mortalidad materna actualizada .(1) (23) (25)

El propósito depurar la información y procesar los casos de muerte materna, a fin de que el abordaje de la muerte materna, se fundamente en la mejor información en cantidad y calidad, que permita un acuerdo nacional e interinstitucional, internacional sobre la situación actual y definir las metas a ser alcanzadas dentro del plan nacional de la mortalidad materna y los objetivos de desarrollo del milenio (reducir en 2/3 entre 1990 y 2015 la tasa de mortalidad materna).

La información obtenida en el MSP a través del subsistema de vigilancia epidemiológica (SIVE) e investigación de la mortalidad materna, como componente dentro del SIVE alerta implementado a partir del año 2002 es el siguiente.(23) (25)

En el año **2002**, 14 provincias notifican 49 casos de MM (muerte materna), llegándose a investigar al 53% por epidemiología y el estudio y análisis de los comités de MM.

En el año **2003**, 18 provincias notifican a través del SIVE alerta 92 casos de MM llegando a investigarse epidemiológicamente al 47% y de estos son analizados por los comités el 89%.

En el año **2004**, 21 provincias notifican 173 casos de MM, llegando a investigar epidemiológicamente al 59% y de estos son analizados por el comité el 92%.

La reducción de la mortalidad materna requiere de la información para la acción requiere de esfuerzos integrales y sostenidos en el ámbito político, institucional y comunitario, los cuales darán frutos en el mediano y largo plazo. Con el fin de sentar bases para impactar en forma sostenida en este indicador de desarrollo, el MSP cuenta con política de salud y derechos sexuales y reproductivos, Plan Nacional de Salud Reproductiva y el presente Plan Nacional de la reducción de la mortalidad materna, instrumentos que permitirán generar acciones y respuestas sociales al problema. .(1) (23) (25)

En los años 2002 y 2003 se realizó como una primera aproximación el estudio de 70 casos de muerte materna procesados, que contribuye a conocer la realidad, con ciertos limitantes y son las siguientes: Área de residencia la ocurrencia es mayor en la zona rural en el 51.4% y 48.6% en el área urbana.

Distribución de las muertes maternas investigadas según características de las mujeres:  
Edad entre 20 a 25 años 27%. Etnia mestiza 52%. Estado civil casada 80%.<sup>(1) (23) (25)</sup>

3.3.2.1 **META 6:** Reducir, entre 1990 y 2015, la tasa de mortalidad materna en tres cuartas partes. *Según la Endemain del 2004, el número de muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos fue de 107* <sup>(16), (19)</sup>

Pese a que la Mortalidad materna también está estrechamente relacionada con las condiciones de vida de la población, sin embargo, en este caso, a diferencia de la mortalidad en la niñez, existe un mayor peso de los factores relacionados con el acceso a los servicios de salud.

Las intervenciones para esta meta también se pueden analizar desde el punto de vista de la atención primaria, así como desde el punto de vista de la atención hospitalaria. En relación a la atención primaria es importante promover los programas de planificación familiar.. La aplicación estricta de la Ley de Maternidad Gratuita es necesaria, así como una mayor publicidad de parte de los servicios de planificación familiar.

Otra intervención desde el lado de la atención primaria tiene que ver con el control adecuado del embarazo. Como es bien sabido, la atención del desarrollo del embarazo de manera temprana, periódica e integral disminuye el riesgo de muerte tanto materna como peri natal. Las normas del Ministerio de Salud Pública plantean que la primera atención se realice durante las primeras doce semanas de embarazo (primer trimestre de embarazo). Según la ENDEMAIN del 2.004, esta norma se cumplió en un 64,6% de los casos. Por otro lado, en MSP define que debe haber al menos 5 controles durante el embarazo. Según la misma fuente, apenas el 57% de las embarazadas tuvieron 5 o más controles, en el área rural el porcentaje fue del 42%, en tanto que en las ciudades fue del 71%. Lo anterior demuestra la falta de acceso adecuado a los servicios de salud, problema que es mucho más grave en el área rural.<sup>(19) (22)</sup>

Desde la atención hospitalaria es importante universalizar la atención calificada al parto. Para ello se requiere un acceso universal a los servicios obstétricos, así como dotar a los centros de salud de capacidad resolutoria de complicaciones obstétricas. También se requiere una atención de calidad y con calidez. Según la ENDEMAIN del 2004, tan solo

el 74% de embarazadas tuvieron atención al parto en un establecimiento de salud. Nuevamente el cumplimiento de la Ley de Maternidad gratuita y atención a la infancia es fundamental en este caso. Iniciativas como el proyecto para la adecuación intercultural del parto institucional, que busca fomentar la atención institucional al parto entre las indígenas deben fortalecerse.<sup>(19)(29)</sup>

Continuar con la mejora al sistema de información y vigilancia de la muerte materna, así como implementar el Plan Nacional de reducción de la mortalidad materna es otra iniciativa que merece profundizarse.

Un fenómeno fuertemente asociado a la mortalidad materna es el aborto. El aborto en el Ecuador, ocasiona a[rededor de 20.000 egresos hospitalarios anuales. Existen evidencias de que el porcentaje de abortos en las adolescentes se ha incrementado. Una política de educación sexual en los colegios es un componente importante para evitar el embarazo en las adolescentes (Ley de Educación de la Sexualidad y el Amor). Como ya se mencionó, una estrategia básica relacionada con esta meta es mejorar la capacidad resolutoria y garantizar que las unidades de salud cuenten con los equipos, suministros y personal capacitado para responder a las emergencias obstétricas. Además, éstas deberían tener la capacidad de brindar atención diferenciada a las adolescentes y sus necesidades en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, facilitar el acceso a métodos modernos de planificación familiar, brindar servicios para el control de la violencia intrafamiliar, y realizar acciones para la detección del cáncer cérvico-uterino y mamario y control de las infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA.

Otra estrategia importante sugerida en el primer informe nacional es el desarrollo de campañas de información, educación y comunicación sostenidas que incluyan entre sus objetivos: el empoderamiento de la mujer y la exigibilidad de sus derechos; la difusión de información clave y confiable sobre signos de riesgo durante el embarazo, parto y puerperio, así como sobre salud sexual y reproductiva; y, la comunicación sobre la disponibilidad de servicios para que la mujer sepa donde y cuando solicitar la atención. Restituir y fortalecer dentro de la estructura del Ministerio de Salud Pública, el Programa de Salud Reproductiva y de la mujer que defina prioridades y normas en el ámbito de la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud de la mujer es una prioridad institucional.

Mejorar la captura de la información sobre mortalidad materna es necesario.

El Ministerio de Salud Pública reconoce que la institución responsable en el Ecuador de proveer los datos oficiales sobre mortalidad materna es el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. De acuerdo a la Ley todas las muertes se deben reportar en el Registro Civil, dentro de las 48 horas posteriores a su ocurrencia. Es harto conocido que las estadísticas presentan un serio problema de sub.-registro y retraso. En el mejor de los casos el retraso es de alrededor de dos años y el sub.-registro se estima entre el 16% al 35%. Desde el año 2002 el MSP implementó el Subsistema de Vigilancia Epidemiológica e Investigación de la Mortalidad Materna con el propósito de depurar la información y favorecer la oportuna intervención. Sin embargo, los valores registrados aun mantienen sensibles diferencias con los que expone el INEC. Esta estrategia debe fortalecerse.<sup>(19) (25) (29)</sup>

**Tabla N°4**

**PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE MATERNA. ECUADOR 2006**  
LISTA DETALLADA DE LA CIE-10

ORDEN	CODIGO CIE-10	CAUSAS DE MUERTE MATERNA	NÚMERO	%	TASA 1/
	000-089	TOTAL DE MUERTES MATEERNAS	135	100,0	73,0
1	O15	ECLAMPSIA	29	21,5	15,7
2	O72	HEMORRAGIA POSTPARTO	16	11,9	8,6
3	O62	ANORMALIDADES DE LA DINAMICA DEL TRABAJO DE PARTO	10	7,4	5,4
4	O14	HIPERTENSION GESTACIONAL (INDUCIDA POR EL EMBARAZO) CON PROTEINURIA SIGNIFICATIVA	9	6,7	4,9
5	O36	ATENCION MATERNA POR OTROS PROBLEMAS FETALES CONOCIDOS O PRESUNTOS	8	5,9	4,3
6	O45	DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE LA PLACENTA (ABRUPTIO PLACENTAE)	8	5,9	4,3
7	O73	RETENCION DE LA PLACENTA O DE LAS MEMBRANAS SIN HEMORRAGIA	7	5,2	3,8
8	O85	SEPSIS PUERPERAL	7	5,2	3,8
9	O71	OTRO TRAUMA OBSTETRICO	6	4,4	3,2
10	O89	OTRAS ENFERMEDADES MATEERNAS CLASIFICABLES EN OTRA PARTE PERO QUE COMPLICAN EL EMBARAZO, EL PARTO Y EL	6	4,4	3,2
11	O00	EMBARAZO ECTOPICO	5	3,7	2,7
12	O85	MUERTE OBSTETRICA DE CAUSA NO ESPECIFICADA	4	3,0	2,2
13	O80	COMPLICACIONES DEL PUERPERIO. NO CLASIFICADAS EN OTRA PARTE	3	2,2	1,6
14	O06	ABORTO NO ESPECIFICADO	3	2,2	1,6
15	O44	PLACENTA PREVIA	3	2,2	1,6
		RESTO DE CAUSA MATEERNAS	11	8,1	5,9
		<b>TOTAL DE NACIDOS VIVOS 2/</b>	<b>185.056</b>		

Fuente: INEC, Anuario de Estadísticas Vitales: Nacimientos y Defunciones. 2006

1/ Tasa por 1000 nacidos vivos ocurridos y registrados en el año 2006

2/ El dato se refiere a los nacimientos ocurridos y registrados en el año 2006

## Tabla N°5

POBLACIÓN TOTAL Y TASAS BRUTAS DE NATALIDAD, MORTALIDAD GENERAL, MORTALIDAD INFANTIL Y MATERNA, SEGÚN REGIONES Y PROVINCIAS DE RESIDENCIA HABITUAL  
AÑO 2006

REGIONES Y PROVINCIAS	POBLACIÓN A VI 1/	MORTALIDAD MATERNA	
		NÚMERO	TASA 4/
<b>TOTAL REPÚBLICA:</b>	<b>13.408.270</b>	<b>135</b>	<b>73,0</b>
<b>REGIÓN SIERRA:</b>	<b>6.021.236</b>	<b>81</b>	<b>97,3</b>
Carchi	164.507	4	223,5
Imbabura	388.544	7	128,3
Pichincha	2.646.426	31	86,8
Cotopaxi	391.947	8	141,6
Tungurahua	491.629	5	71,5
Bolívar	179.358	4	132,2
Chimborazo	438.097	7	82,4
Cañar	223.666	2	75,1
Azuay	666.085	6	82,2
Loja	431.077	7	113,8
<b>REGIÓN COSTA:</b>	<b>6.634.904</b>	<b>43</b>	<b>46,8</b>
Esmeraldas	430.792	9	156,0
Manabí	1.298.624	9	42,9
Los Ríos	728.647	6	60,9
Guayas	3.581.579	17	34,3
El Oro	596.262	2	35,2
<b>REGIÓN AMAZÓNICA:</b>	<b>644.856</b>	<b>10</b>	<b>109,9</b>
Sucumbios	157.497	1	53,8
Orellana	106.525	1	57,3
Napo	93.336	2	115,9
Pastaza	73.495	-	-
Morona Santiago	129.374	3	200,9
Zamora Chinchipe	84.629	3	253,0
<b>REGIÓN INSULAR:</b>	<b>22.009</b>	<b>-</b>	<b>-</b>
Galápagos	22.009	-	-
<b>ZONAS NO DELIMITADAS</b>	<b>85.265</b>	<b>1</b>	<b>211,0</b>
<b>EXTERIOR:</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>

1/ ECUADOR Proyecciones de Población por Provincias, Cantones, Áreas, Sexo y Grupos de Edad. Período 2001 - 2010 INEC - CEPAL.

2/ Tasa por cada 1.000 habitantes

3/ Tasa por cada 1.000 nacidos vivos

4/ Tasa por cada 100.000 nacidos vivos

NOTA: Las Tasas de Natalidad, Mortalidad Infantil y Materna, están calculadas de acuerdo al número de nacimientos ocurridos e inscritos en el año 2006. Estos datos serán corregidos en el Anuario del 2007 con los nacimientos ocurridos en el año 2006 que se inscriban en 2007.

### 3.3.2.2 CAUSAS A NIVEL DE ECUADOR

Estimaciones directas elaboradas por el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE), sobre la base de los datos contenidos en las encuestas demográficas y de salud, ponen en evidencia que a mediados de la década de los noventa, Ecuador registró una mortalidad materna relativamente alta <sup>(12)</sup> <sup>(14)</sup>

La mortalidad en el país esta reflejada según las principales causas fuente INEC con las siguientes frecuencias:

Causas de muerte materna investigadas la primera causa investigada es la hemorragia con 34% y le sigue eclampsia con 20% y el 46% corresponde a otras causas.

Causa directa 70%, indirecta 12% y el 18% no existen datos.

Según el tipo de demora en tomar la decisión 38.6%, en llegar a la unidad obstétrica 34.3%, en recibir la atención 15.7% y el 11.4% no existen datos.

Tabla N°6

POBLACIÓN TOTAL ESTIMADA, NATALIDAD, MORTALIDAD GENERAL, MORTALIDAD INFANTIL Y MORTALIDAD MATERNA  
PERIODO 1981 - 2006

AÑOS	POBLACIÓN A VI 1/	MORTALIDAD MATERNA	
		NUMERO	TASA 4/
1.981	8.182.986	443	167,2
1.982	8.408.656	394	150,3
1.983	8.637.273	413	162,6
1.984	8.867.698	384	149,4
1.985	9.098.791	397	151,4
1.986	9.331.895	330	128,3
1.987	9.567.771	355	135,9
1.988	9.804.403	329	122,9
1.989	10.039.775	340	129,4
1.990	10.271.874	309	117,2
1.991	10.503.491	320	120,5
1.992	10.735.969	338	125,2
1.993	10.965.121	348	124,4
1.994	11.198.758	241	86,8
1.995	11.398.692	170	62,7
1.996	11.591.131	194	71,7
1.997	11.772.866	162	59,6
1.998	11.947.588	153	55,4
1.999	12.120.984	209	68,5
2.000	12.298.745	232	78,3
2.001	12.479.924	187	67,2
2.002	12.660.727	149	54,1
2.003	12.842.578	139	53,1
2.004	13.026.890	129	50,7
2.005	13.215.089	143	56,6
2.006	13.408.270	135	73,0

Fuente: Anuario de Estadísticas Vitales: Nacimientos y Defunciones.- Años 1981- 2006

1/ ECUADOR: Estimaciones y Proyecciones de Población. 1950 - 2025 INEC - CEPAL

2/ Tasa por 1.000 habitantes.

3/ Tasa por 1.000 nacidos vivos.

4/ Tasa por 100.000 nacidos vivos.

(A) Incluye los nacidos vivos en el año 2.005, inscritos en el año 2006

(B) Excluye las inscripciones tardías de nacimientos ocurridos en el año 2.006

Tiempo antes de la muerte: 0 a 24 horas 40%, 1 a 5 días 12.9%, de 6 y mas días 8.5%, no existen datos 38.6%

Por que llegaron tarde: Acceso 20%, Falta de decisión 8.6%, Desconocimiento 7.1 % 64.3% no existen datos.

Periodo en que ocurrió la muerte, Embarazo 27.1%, PPI 24 horas 20% Parto 18.6% PP de 1 a 7 días 4.3%, de 8 a 12 días 8.6%, 21.3% no existen datos.

Según factores de riesgo de muerte materna, con certificación medica 62.9%, sin 12.9% y 24.2% no existen datos. (12) (14) (16)

En efecto, los datos muestran que las mujeres ecuatorianas tienen un riesgo de morir 5.7 veces mayor que las costarricenses y 2.6 veces que las mexicanas, como consecuencia de problemas vinculados al embarazo, al parto y al puerperio. Actualmente, en el nivel país se reconoce que la mayoría de muertes maternas ocurren en el transcurso de las primeras horas del posparto, como consecuencia de las hemorragias. En 2005, “para el Subsistema de Vigilancia Epidemiológica e Investigación de la Muerte Materna (MSP) la hemorragia obstétrica es la primera causa de muerte materna, (12) (14) (16)

Este perfil de la mortalidad materna exige respuestas consistentes desde el control prenatal hasta la atención del posparto. (12) (14) (16)

### 3.3.3 A NIVEL DEL AZUAY

La mortalidad materna, así como la morbilidad asociada con sus factores determinantes, constituye un grave problema de salud pública en la provincia del Azuay relacionado con algunas de las más profundas inequidades en las condiciones de vida de las mujeres, específicamente con la pobreza. Asimismo, la mortalidad materna es un reflejo del estado de salud de las mujeres en edad reproductiva y de las políticas de salud implementadas al respecto. Este fenómeno está íntimamente ligado a los derechos de las mujeres y a su acceso a los servicios de salud, por lo que es un indicador síntesis de las inequidades de género. (16)

En los objetivos del desarrollo del milenio el objetivo 5 busca mejorar la salud materna. En la provincia del Azuay, si bien la tendencia muestra un descenso en el último quinquenio, su valor es considerablemente alto todavía. Esta situación demanda multiplicar los esfuerzos con el fin de cumplir la meta y, fundamentalmente, de prevenir uno de los episodios más traumáticos en la sociedad y en la familia. (14) (16) (19)(24)

Para mejorar la calidad de vida de las madres es preciso que accedan a los servicios de salud. En este sentido, se debe mejorar la cobertura de la atención institucional y profesional del parto, así como promover los controles prenatales y postnatal, cuyos diagnósticos permiten detectar las complicaciones que causan el mayor porcentaje de muerte materna. (2) (14) (15) (16) (17) (22)(24) (26)

La Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia aún no logra garantizar el derecho de las mujeres a acceder a las prestaciones de la salud. Un amplio segmento de mujeres paga por recibir atención médica, mientras que otro grupo importante encuentra en ese factor económico la principal barrera para acceder a los servicios de salud.<sup>(22)</sup>

Considerando la recomendación internacional se debe insistir en la implementación del programa, las estrategias y estándares que forman parte de los cuidados obstétricos esenciales (básicos y completos). La mayor parte del personal de los servicios de salud del Ministerio de Salud Pública desconoce los fundamentos, contenidos y elementos operativos de esta estrategia, por lo que aún es muy difícil evaluar su institucionalización. Además y de manera conjunta se requiere que los Municipios asuman sus responsabilidades expresadas en la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, para así evitar: <sup>(2) (14) (15) (16) (17) (22)(24) (26)</sup>

1) la demora de la mujer embarazada en hacer conciencia que está confrontando un problema de salud asociado a su embarazo y tomar la decisión de acudir a un centro de salud;

2) la demora relacionada con el acceso (transporte, costos, hora, etc.); y

3) la demora en la atención una vez que llega a la unidad de salud (calidad de atención y competencias técnicas). <sup>(2) (14) (15) (16) (17) (22)(24) (26)</sup>

Al analizar el avance registrado con respecto a este objetivo y a esta meta cabe tener especial cautela en la interpretación de la razón de la mortalidad materna, pues se sabe que las estimaciones presentan elevados márgenes de incertidumbre, mucho mayores que los indicadores demográficos y de salud. Esto se origina en varios factores, entre otros, la escasez de fuentes, el sub. registro y los diversos valores en cada fuente investigada, incluida la oficial .

En la provincia del Azuay, la tasa de mortalidad materna es muy superior a la del nivel nacional y su tendencia descendente es muy lenta. <sup>(14)(16)</sup>

En el caso específico del Azuay, la meta debe incluso ser más exigente, ya que incluso alcanzándola, sus valores continuarían muy altos.

Al analizar la mortalidad materna es importante conocer sus causas, puesto que el Plan Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materna menciona que se trata de un evento totalmente eludible y cuya reducción radica en ofrecer un tratamiento oportuno, eficaz y accesible a sus principales complicaciones y factores determinantes. (2)(16) (23) (25)

**Tabla N°7**

**META 6 : Reducir, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna en tres cuartas partes**

Indicadores	Territorio	1990	2000	2003
Tasa de mortalidad materna*	País	117,2	78,3	53,1
	Azuay	117,6	128,6	68,1

\* Tasa por cada cien mil nacidos vivos.  
Fuente: INEC. Anuario de Estadísticas Vitales  
Elaboración: CISMIL.

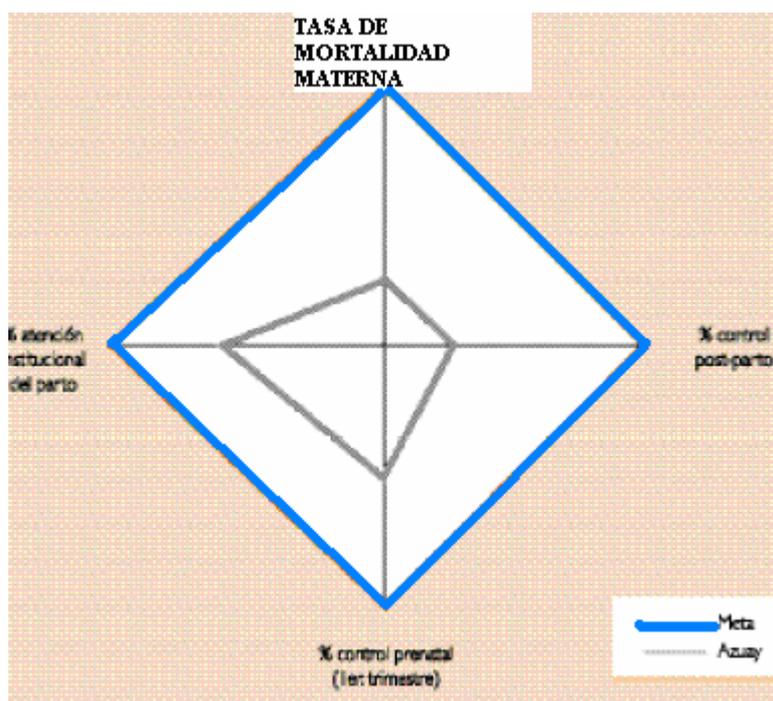


Gráfico 3. Meta de la provincia del Azuay para en 2015

Fuente: CISMIL ODM ECUADOR

### 3.4 IMPACTO E IMPORTANCIA DE LAS MUERTES MATERNAS

La Muerte materna tienen implicaciones para toda la familia y un impacto a través de las generaciones. Las complicaciones que causan la muerte materna y las dishabilidades de la madre tienen impacto sobre el niño. Alrededor de 8 millones de niños mueren cada año alrededor de 2 a 3 muertes ocurren durante el periodo neonatal, antes del mes, 3.4 millones de estas muertes neonatales ocurren en la primera semana de vida, son consecuencia de el inadecuado o inapropiado cuidado durante el embarazo, parto, o durante las primeras horas críticas luego del nacimiento. Además, por cada neonato que muere uno es recién nacido. <sup>(14)</sup>

Reducciones en la mortalidad infantil son actualmente logros obtenidos por intervenciones designadas para mejorar la salud materna y el acceso a cuidados durante el embarazo, nacimiento, y las primeras horas después del nacimiento.

La importancia del tema radica en que la Mortalidad Materna es una tragedia que en su mayoría es evitable. Sus causas principales son bien conocidas y la información y tecnologías necesarias para lograr su reducción están a nuestro alcance.

La muerte de mujeres jóvenes y sanas, que ocurre durante el embarazo, parto o puerperio, tiene consecuencias profundamente negativas también para sus familias, y otros miembros de la comunidad que estén relacionados con ellas. Cuando estas muertes se multiplican o se mantienen en forma sostenida en el tiempo, representan un problema de salud pública y sobre todo un grave problema ético que exige una intervención urgente.

.

Las muertes maternas están directamente relacionadas con el subdesarrollo a punto tal que datos estimados por la Organización Mundial de la Salud muestran que el 99 % de las muertes maternas ocurren en los países en subdesarrollo y solo el 1%, ocurren en Europa, Norteamérica, Australia y Nueva Zelanda.

.

Otra característica importante es que su ocurrencia varía ampliamente entre las regiones del país, reflejando grandes diferencias en la disponibilidad y calidad de cuidados Obstétricos. <sup>(14)</sup>

### **3.5 VENTAJAS DE REDUCIR LA MUERTE MATERNA**

Aumentan la oferta de mano de obra y la capacidad productiva de las mujeres en edad fértil, lo cual redundará en mejores ingresos en los hogares y bienestar económico para las familias y comunidades.

Reducen el número de huérfanos, quienes quizá obtengan logros educativos menores y cuyas posibilidades de llevar vidas productivas quizá se vean drásticamente reducidas.

Reducen la mortalidad de los recién nacidos y, por ende, aumentan las tasas de supervivencia infantil.

Afirman el valor de la mujer en la sociedad, lo que redundará en mayor igualdad de oportunidades para todos.

Brindan oportunidades para integrar la prevención, el tratamiento y la atención del VIH en los programas de salud materno-infantil y planificación de la familia a fin de poner coto a la epidemia de VIH y a la transmisión de madre a hijo de dicho virus.

Integran la prevención y el tratamiento del paludismo en los servicios de salud materno-infantil, lo que implica mejores resultados en los embarazos.

Fortalecen la capacidad del sistema de salud, dado que muchas de las inversiones que se requieren para poder brindar atención en el área de maternidad (mejora de los recursos humanos, modernización de la infraestructura, fortalecimiento de los sistemas de logística relativos a suministros y equipamientos, etcétera). Benefician también a otros componentes del servicio de salud.

Constituyen una oportunidad única para el logro del cuarto, quinto y sexto de los objetivos de desarrollo del milenio.

## **4.- OBJETIVOS**

### **4.1 OBJETIVO GENERAL**

**Describir la percepción familiar y comunitaria a cerca de la muerte materna de los casos registrados en la provincia del Azuay 2006 – 2007 y sobre la base de esta elaborar sugerencias para la adaptación cultural del programa de salud materna conducida por el ministerio de salud pública.**

### **4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- 1) Describir la percepción de los familiares a cerca de la muerte materna de los casos ocurridos en la provincia del Azuay 2006 – 2007.
- 2) Describir la percepción de los agentes y líderes comunitarios acerca de la muerte materna de los casos ocurridos en la provincia del Azuay 2006 – 2007.
- 3) Elaborar sugerencias para los programas de salud materna del Ministerio de salud publica para que se adecuen a las expectativas de las familias y comunidades que afrontaron el problema de muerte materna.
- 4) Analizar la información recolectada por los comités de muerte materna de la provincia que consta en el anexo 4 elaborado por la dirección nacional de promoción y atención integral de la salud, considerado dentro del plan de reducción de la mortalidad materna.

## **5. DISEÑO METODOLÓGICO**

### **5.1 Tipo de estudio**

Se trata de un estudio cuantitativo - cualitativo de tipo descriptivo, cuantitativo porque se realizo análisis estadístico de las variables que constan en el formulario del anexo 4 empleado por el comité de muerte materna, ficha que corresponde en el que se encontró 11 casos en el periodo 2006 – 2007 que cumple con la definición de mortalidad materna

y cualitativo se empleará los formularios elaborados y adaptados a los de la Organización Panamericana de la Salud.

Es interesante destacar la metodología empleada en la investigación cualitativa así como sus resultados, se realizó mediante autopsias verbales la que se define como un proceso destinado a facilitar la identificación de muertes maternas donde la certificación médica es inadecuada. Dado que tanto el informe estadístico de defunción como la historia clínica indicaban con claridad la causa de muerte de los 11 casos, las autopsias verbales (AV) se utilizaron para reconstruir la dinámica de los factores familiares, personales y comunitarios que obstaculizaron el contacto oportuno de la mujer con el servicio de salud, la AV fue utilizada para reconstruir la dinámica de los factores familiares, personales y comunitarios que obstaculizaron el contacto oportuno de la mujer con el servicio de salud. Asimismo esta técnica permitió identificar los obstáculos que surgieron en el proceso de atención de estas mujeres dentro del sistema de salud, desde el punto de vista de los familiares que las acompañaron durante el proceso.

Las entrevistas a profundidad revelaron siguientes dimensiones:

- a) Características socioeconómicas de la mujer fallecida (edad, educación, ocupación y características del hogar).
- b) Historia reproductiva (número de embarazos, abortos, partos, cesáreas, hijos nacidos vivos e hijos nacidos muertos, uso de anticonceptivos y controles prenatales).
- c) Historia del último embarazo, factores que permitieron identificar señales de alarma que motivaron la consulta al servicio de salud y el recorrido realizado por la mujer desde la primera señal de alarma hasta el fallecimiento (percepción del problema por parte de la mujer y de la familia y/o personas cercanas, percepción de la calidad de los servicios disponibles para resolver el problema, accesibilidad al lugar/lugares de atención incluyendo transportes, aspectos climáticos, y calidad de la atención en todos los lugares donde buscó atención).

Las entrevistas fueron realizadas a miembro/s de la familia o a una persona cercana a la mujer fallecida.

En relación con los obstáculos durante el trabajo de campo, sólo unas pocas entrevistas fueron demoradas debido a la resistencia de los entrevistados. El uso del grabador en algunos casos planteó un rechazo inicial, luego superado a lo largo de la entrevista. En otras situaciones, las entrevistadoras consideraron que el uso del grabador no era

apropiado dada la situación familiar, y optaron por el registro escrito de la entrevista. Los temores de los entrevistados para acceder a la entrevista y/o al uso de grabador se debieron a problemas asociados a la tenencia de los hijos de la mujer fallecida.

## **5.2 Material y métodos**

Fuentes directas: familia de la mujer, se realizaron grupos focales, entrevistas semi estructuradas a las familias agentes y líderes.

Fuente Indirecta: Anexo 4 utilizado por el comité de muerte materna, datos a nivel de la provincia, país e internacionalmente.

## **5.3 Universo y muestra**

Para el estudio cuantitativo se considero todos los casos de muertes maternas registrados en la provincia del Azuay en el periodo comprendido entre 2006-2007 utilizando los casos registrados en la Jefatura Provincial del Azuay, las historias clínicas del Hospital Vicente Corral Moscoso, para la tabulación y recopilación de la información. Resulto ser 11 casos encontrados en el periodo.

Para el estudio cualitativo se investigo a todos los familiares (esposo, padres, hermanos, hijos) hasta saturar la muestra, esto significa que se entrevistara a los miembros de la familia, agentes y lideres hasta que la información que se requiera se vaya repitiendo de acuerdo con las variables de estudio.

## **5.4 Variables.**

Se analizo las variables de los anexos..

Una vez seleccionadas las historias clínicas, procedí al llenado de las fichas de recolección.

## 5.5.- Operacionalización de variables

Para el análisis cuantitativo se tomo como variables las del formulario de Información confidencial de la mortalidad materna. Anexo 4

Para el análisis cualitativo se tomo las siguientes variables

- **Perspectiva sobre las demoras que incidieron en la muerte:** Primera Demora ( Paciente, familia) Segunda Demora (En el traslado) Tercera Demora ( Servicio de Salud).
- **Signos de alarma:** anuncian una complicación: pérdida de sangre vía vaginal, contracciones uterinas antes de la fecha probable de parto, disminución de los movimientos fetales o su ausencia, pérdida de otros líquidos vía vaginal, aumento de volumen de sus miembros inferiores y resto del cuerpo, dolor de cabeza intenso y permanente, fiebre, nauseas y vómitos intensos y repetidos, orina escasa o molestias al orinar , dolor en el epigastrio, otros síntomas de acuerdo a factor de riesgo asociado.
- **Razones para ir a un centro de salud durante el embarazo:** Motivos para preservar la buena salud.
- **Persona que se dio cuenta de que había un problema con la fallecida:** Familiar o persona de la comunidad quien detecto la enfermedad en la fallecida.
- **Tiempo antes de la muerte:** Periodo transcurrido antes del fallecimiento.
- **Tardanza al llegar al centro de salud:** Demora que tuvo la paciente por lo cual no pudo llegar a tiempo al servicio.
- **Atención en el momento del parto:** La atención en el momento del parto puede ser profesional y no profesional.
- **Embarazo peligroso:** Es aquel en que el riesgo de enfermedad o muerte, antes ó después del parto es mayor que lo habitual.
- **Comadrona:** Señora capacitada empíricamente para atender un parto.
- **Casos en los que acuden a la comadrona:** Son situaciones de mayor confianza y conocimientos por parte de la comunidad a una señora capacitada empíricamente.
- **Riesgo de parto en domicilio:** Complicaciones que puede tener una embarazada por no ser atendida en un servicio de salud.

- **Facilidad de llegar al subcentro:** Disposición de medios para poder acudir a un servicio de salud.
- **Persona que le llevo al medico a la embarazada.** Familiar o persona de la comunidad con el cual acudió al servicio de salud.
- **Conocimiento de actividades en el centro de salud:**
  - Identificar factores de riesgo
  - Diagnosticar la edad gestacional
  - Diagnosticar la condición fetal
  - Diagnosticar la condición materna
  - Educar a la madre.
- **Atención Buena:** Es aquella en la que tanto la información como el trato, atención satisface las necesidades de la embarazada.
- **Atención mala:** calidad del Servicio deficiente que no satisface las necesidades de sus clientes.
- **Medicamentos:** Sustancias que fueron administradas a la fallecida
- **Causas de muerte:** Motivo por la que la embarazada falleció
- **Estructura de la familia:** Es como esta organizada el grupo de personas que tienen algo en común.
- **Apoyo:** Soporte que se le dio a la familia de la fallecida.

### **5.6 Técnicas de recolección de datos**

Cuantitativas y cualitativas:

- 1.- Grabación de entrevistas.
- 2.- Transcripciones de la entrevistas.
- 3.- Elaboración de citas.
- 4.- Elaboración de categorías.
- 5.- Elaboración de mapas conceptuales a partir de testimonios.
- 6.- Interpretación de mapas conceptuales y categorías.

### **5.7.-Procedimientos**

- Autorización correspondiente.
- Supervisión.

- Realización de encuestas.
- Tabulación de datos.
- Estructuración de la tesis.

### **5.8 Supervisión y coordinación:**

Estará a cargo de los autores, director y asesor de tesis.

### **5.9 Proceso de recolección:**

El proceso de recolección de datos se realizó previa coordinación con la Dirección Provincial de salud del Azuay, Hospital Vicente Corral Moscoso para permitirnos el acceso a las historias clínicas y libro de reportes; luego se procederá a la recolección de la información durante el periodo en estudio, se tomará los datos obtenidos del SIP (información estadística del Hospital) para obtener el total de mortalidad materna, con dicha captación se procederá con la realización de tablas de tabulación, formularios,.

Los datos de las autopsias verbales se recopilaron mediante una técnica normalizada consistente en presentar un cuestionario estructurado y otro con preguntas abiertas a los parientes cercanos o amigos de las mujeres fallecidas

Se informó a los encuestados sobre los objetivos y procedimientos del estudio y se obtuvo su consentimiento informado, documentado por la firma o, en el caso de las mujeres analfabetas, por la huella digital. Las entrevistas, se llevaron a cabo en los domicilios. Se les preguntó acerca de las condiciones socioeconómicas de las mujeres fallecidas, su historial reproductivo, el proceso de identificación de las complicaciones de salud y de búsqueda de asistencia, y las circunstancias biomédicas y sociales que se creía habían conducido a la defunción.

Se formularon preguntas abiertas para obtener información sobre los sucesos ocurridos entre el comienzo de la gestación y el fallecimiento. Se examinaron todos los certificados de defunción relativos a las defunciones maternas confirmadas, y se revisaron las causas declaradas, tanto la principal como las accesorias. En cada estado,

codificadores estatales codificaron las causas de defunción a partir de los certificados de defunción y basándose en la Clasificación Internacional de Enfermedades, novena revisión (CIE-9);

#### **5.10. Plan de procesamiento, análisis y presentación de resultados**

Se realizó un análisis hermenéutico “ Estructura familiar luego de la muerte materna”

Una vez obtenido los datos en el formulario se procederá a obtener una base de datos en los sistemas electrónicos con la utilización de los programas de EPI INFO y Microsoft EXCEL. Los datos obtenidos a través de las encuestas y entrevistas fueron procesados a través del uso de tablas y gráficos de pastel y barras, tomando como referencia las variables propuestas. Los resultados se presentaron en gráficos y cuadros estadísticos.

Se usará el programa Microsoft Excel como hoja de cálculo y para el análisis estadístico se utilizará el paquete estadístico EPI INFO. Contaremos con ayuda de una computadora Pentium 4, material bibliográfico e Internet actualizado.

El análisis fue de tipo descriptivo, tomándose en cuenta la información obtenida en la historia clínica.

## **6. RECURSOS**

### **6.1 Humanos**

- **Directos:** Los autora, el director y asesor.
- **Indirectos:** Director del hospital, personal del Hospital Vicente Corral Moscoso, personal de estadística de la Jefatura Provincial de Salud del Azuay.

## **6.2 Materiales:**

En el desarrollo de la investigación los recursos que consideramos tentativamente necesarios son:

- Instrumentos para la recolección de datos (formulario).
- Historias Clínicas de las pacientes que reposan en el Servicio de Estadística de la dirección Provincial, hospital Vicente corral Moscoso como lugar de referencia.
- Cámara digital fotográfica
- Computadora, Scanner, Hojas
- Información actualizada sobre mortalidad materna.
- Programa de software SPSS Y Excel.
- Formulario

Financieros: Los Gastos de la presente investigación serán cubiertos por el investigador

## 7. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	TIEMPO EN MESES					RESPONSABLES	
	1	2	3	4	5	6	
Presentación y aprobación del protocolo	X	x					La investigadora
<ul style="list-style-type: none"> <li>Recopilación de datos en el Hospital Vicente Corral Moscoso, Dirección de salud.</li> </ul>	X	x					“
<ul style="list-style-type: none"> <li>Visitas Domiciliarias</li> </ul>		x	x				
<ul style="list-style-type: none"> <li>Análisis e interpretación de los datos.</li> </ul>		x	x	x			“
<ul style="list-style-type: none"> <li>Elaboración y presentación de la información.</li> </ul>				x	x		“
Conclusiones y recomendaciones				x	x		“
Presentación del proyecto de investigación						x	“

## 8. COSTOS:

Para la investigación estimamos un costo de \$404, los cuales están distribuidos de la siguiente forma:

<b>Actividad</b>	<b>Razón</b>	<b>Valor unitario</b>	<b>Cantidad</b>	<b>Valor Total</b>
Elaboración del protocolo	-Impresiones	\$0,10	90	\$9
	-Computadora	\$30	2	\$60
Transporte	-Pasajes	\$20	6	\$120
Alimentación y estadía		\$30	2	\$60
Elaboración del informe final	-Impresiones	\$0,10	200	\$20
	-Empatados	\$15	5	\$75
	-Computadora	\$30	2	\$60
<b>TOTAL</b>				<b>\$ 404</b>

## CAPITULO V

### RESULTADOS

#### 9. UBICACIÓN DE LA POBLACIÓN, BREVE MIRADA A LA PROVINCIA DEL AZUAY.

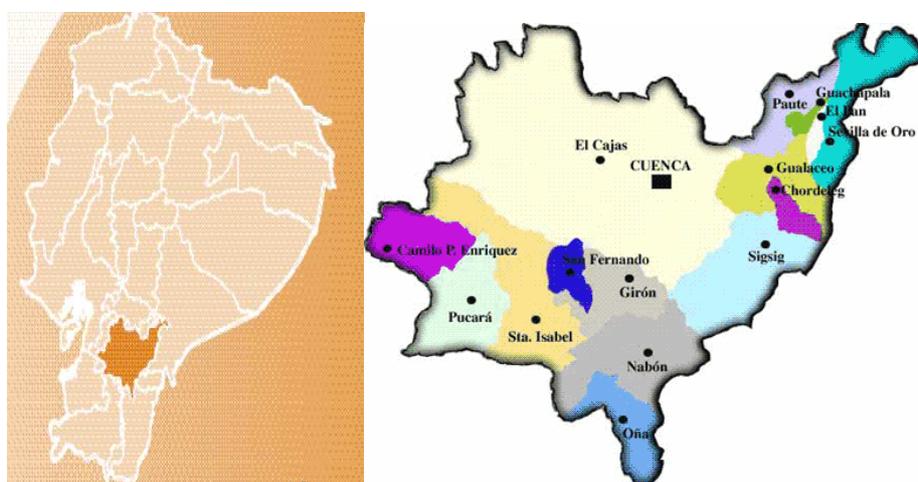


Grafico 4. Mapa de Ubicación de la Investigación

Fuente: Internet

La provincia del Azuay tiene una población total de 599.546 habitantes, que representa el 4,93% de la población de Ecuador (Censo 2001). En la zona urbana habitan 147.041 hombres y 165.553 mujeres, mientras que en la zona rural, 132.751 hombres y 154.201 mujeres.

El territorio del Azuay está conformado por los cantones: Cuenca, Girón, Gualaceo, Nabón, Paute, Pucará, San Fernando, Santa Isabel, Sigsig, Oña, Chordeleg, El Pan, Sevilla de Oro, Ponce Enríquez y Guachapala, distribuidos en una superficie de 8.718,82 km<sup>2</sup>.

El clima varía entre 12 y 20 grados centígrados. En las altas mesetas hay páramos; y las otras zonas de la provincia presentan climas mesotérmicos, húmedos y semihúmedos.

La cuenca del río Santiago, perteneciente al sistema hidrográfico del Amazonas, es el eje principal del sistema hidrográfico. De los ramales del occidente nacen los ríos Tomebamba y Yanuncay que bañan la ciudad de Cuenca. La cuenca del río Jubones perteneciente al sistema hidrográfico del Pacífico, es la segunda en importancia en el Azuay.

El Instituto Ecuatoriano de Electrificación (INECEL) construyó en la Cola de San Pablo la planta subterránea que es alimentada por la represa Daniel Palacios (en memoria del ingeniero que concibió y diseñó el proyecto). La represa de la Central Hidroeléctrica Paute atiende las necesidades energéticas de alumbrado urbano rural y de la industria de casi el 70% del país.

El Azuay posee muchos recursos naturales como la minería y la paja toquilla. Posee industria textil, llantera, cuero, orfebrería, agrícola, automotriz, papel y alimentaria. En el comercio destacan la cerámica, la artesanía, las joyas, los muebles, los tejidos, los neumáticos, los alimentos y las bebidas.

La región austral (Azuay, Cañar y Morona Santiago) ha experimentado ciclos de auge y de crisis condicionados fundamentalmente por sus relaciones con el medio externo. La gran bonanza regional, por ejemplo, se derivó de la exportación masiva de artesanías a los centros mineros del Perú, exportaciones que luego sufrieron una fuerte caída y que originaron una crisis regional. Este hecho produjo un repliegue interno que, a su vez, influyó en el desarrollo de las haciendas de producción agrícola y ganadera .

A inicios de los 80, en la provincia del Azuay ocurren una serie de cambios, ocasionados por la crisis de la deuda externa (1982), que configuran una etapa de transición hacia un nuevo modelo de desarrollo. Frente a la crisis financiera que afecta la industria adquiere importancia la constitución de pequeñas y medianas empresas en los sectores de servicios, artesanía, minería, comercio y turismo.

Durante este periodo, la emigración se convierte en una fuente de ingresos debido al envío de remesas. Este fenómeno favorece la especulación, lo que convierte a la provincia y especialmente a la ciudad de Cuenca en una de las más caras del país.

## **10. PERCEPCIÓN DE LOS FAMILIARES, AGENTES Y LÍDERES COMUNITARIOS ACERCA DE LOS CASOS DE MUERTE MATERNA EN LA PROVINCIA DEL AZUAY 2006 – 2007.**

El material fue analizado siguiendo los criterios del modelo “de las tres demoras” Este modelo considera tres momentos claves en los cuales se pueden identificar factores que generan una demora en el acceso en tiempo y forma al tratamiento de una emergencia obstétrica, y de ese modo aumentar las probabilidades de una muerte materna. Estos tres momentos son: demora en decidir buscar atención; demora en llegar al servicio de salud; y demora en recibir el tratamiento adecuado dentro del servicio.

El análisis se completó con la descripción de las condiciones personales y familiares que antecedieron a la emergencia obstétrica y finalizó con la percepción de los entrevistados acerca de la calidad de la atención recibida

Para la descripción de cada uno de estos momentos, se utilizaron los siguientes indicadores:

### **1. Demora en decidir buscar atención**

- a.** Percepción de “signos de alarma” y su interpretación.
- b.** Obstáculos (temores, expectativas).
- c.** Decisión y acompañamiento en la búsqueda de atención médica.

### **2. Demora en llegar al servicio de salud**

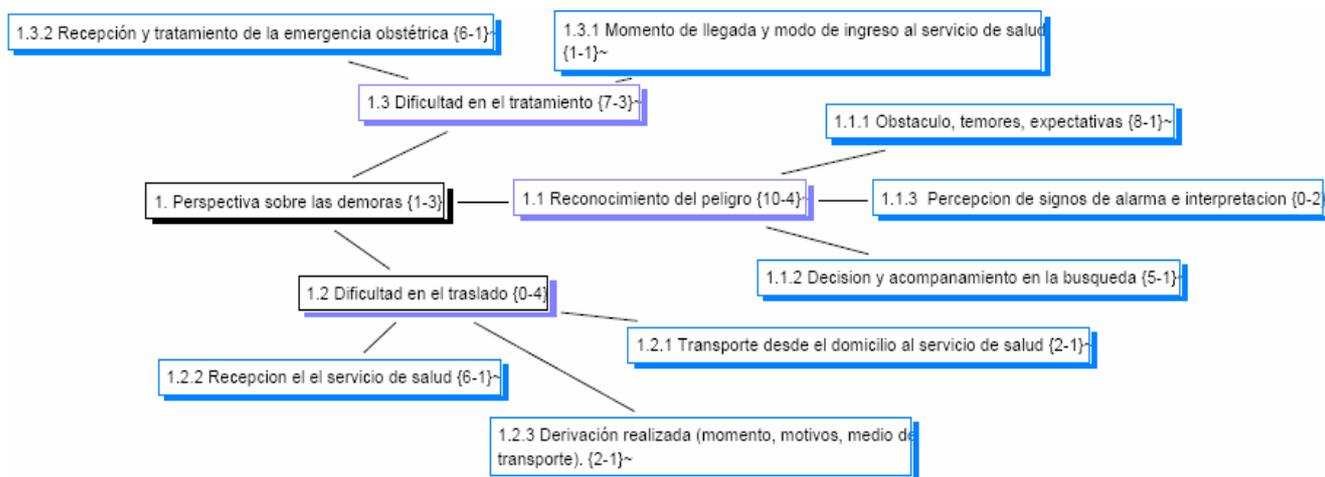
- a.** Transporte desde el domicilio al servicio de salud.
- b.** Recepción en el servicio de salud.
- c.** Internación e insumos utilizados.
- d.** Derivación realizada (momento, motivos, medio de transporte).

### **3. Demora en recibir tratamiento en el servicio de salud donde fallece**

- a.** Momento de llegada y modo de ingreso al servicio de salud.
- b.** Recepción y tratamiento de la emergencia obstétrica.
- c.** Insumos utilizados para la atención.

Grafico N° 5.

**Perspectivas acerca de las demoras en la atención de los familiares con casos de muerte materna, Hospital Vicente Corral Moscoso 2006 -2007**



Fuente: Organización Mundial de la salud

Elaborado: Vasquez N.

En el grafico se muestra la percepción de los familiares que han enfrentado casos de muerte materna en el Hospital Vicente Corral Moscoso, que es lo que manifiestan.

A continuación se desglosara una por una las perspectivas acerca de las demoras en la atención de los familiares con casos de muerte materna, Hospital Vicente Corral Moscoso 2006 -2007

### **10.1 Reconocimiento del peligro**

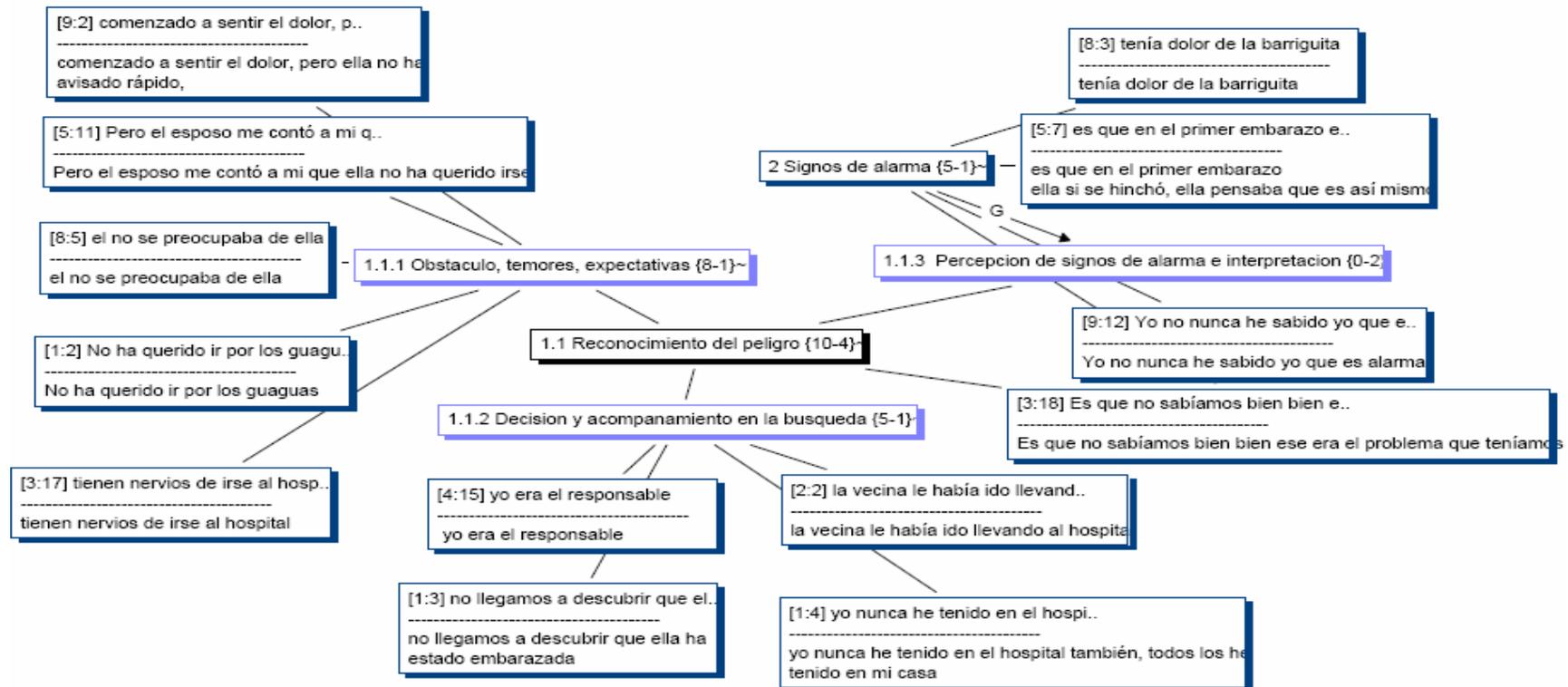
El gráfico muestra que la Demora en decidir buscar atención, el reconocimiento del peligro esta basado en los siguientes indicadores

- a. Percepción de “signos de alarma” y su interpretación.
- b. Obstáculos (temores, expectativas).
- c. Decisión y acompañamiento en la búsqueda de atención médica.

Los cuales se desarrollaran de acuerdo a lo obtenido en las autopsias verbales realizadas a los familiares.

#### **Gráfico N° 6**

**Perspectiva del reconocimiento del peligro como primera demora de los familiares con casos de muerte materna, Hospital Vicente Corral Moscoso 2006 -2007**



- NODO PRIMARIO
- NODO SECUNDARIO
- NODO TERCARIO

Fuente: Autopsias Verbales

Elaboración: VasquezN.

Los obstáculos que enfrentaron estas mujeres para buscar atención oportuna frente a las alarmas percibidas se asocian con la falta de “otros” para delegar el cuidado de los hijos, la ausencia de acompañamiento por parte de la pareja.

Algunas mujeres llegaron solas al servicio, al menos en el primer contacto, por haber sido abandonadas por su pareja o bien porque las condiciones laborales dificultaban el acercamiento con los familiares, como muestra los siguientes fragmentos:

*No ha querido irse por lo guaguas ... (autopsia verbal del la hermana de la fallecida, P1)*

*Pero el esposo me contó que ella no ha querido irse, aquí le ha dicho en el hospital que venga el siguiente día y ella no ha vuelto... (Autopsia Verbal del la hermana de la fallecida P5)*

Entre las mujeres que fallecieron se observa una más rápida reacción en el entorno familiar frente a las señales de alarma, ya que se decide buscar atención médica en forma inmediata.

No obstante, también aparecen algunos obstáculos, entre ellos, la limitada oferta de los servicios públicos durante los fines de semana, la falta de medios de transporte, y el cuidado de los hijos (en ausencia de otro adulto protector), tal como relata uno de los entrevistados:

*Tuvimos que buscar alguna vecina que tenga carro para llevarla... (Autopsia Verbal de la hija de la Fallecida (P2)*

En otros casos, si bien la decisión de buscar atención fue más próxima al momento de percepción del malestar (en el transcurso del mismo día), inicialmente los síntomas presentados fueron asociados a distintas causas y se intentó paliarlos en forma casera. Por ejemplo:

*Ella empezó a doler la barriga un día antes de ir al hospital. Lo que pasa es que ella no dijo la verdad ... (Autopsia Verbal de la hija de la Fallecida (P2)*

En situaciones particulares las señales de alarma percibidas no fueron leídas con mayor urgencia, demorando la salida en búsqueda de atención

*Ella decía que ya va a pasar que siempre la del la boca del estomago y que en el anterior embarazo también de le hincharon las piernas ... (Autopsia Verbal de la hermana de la Fallecida )*

## 10.2 Dificultad en el traslado

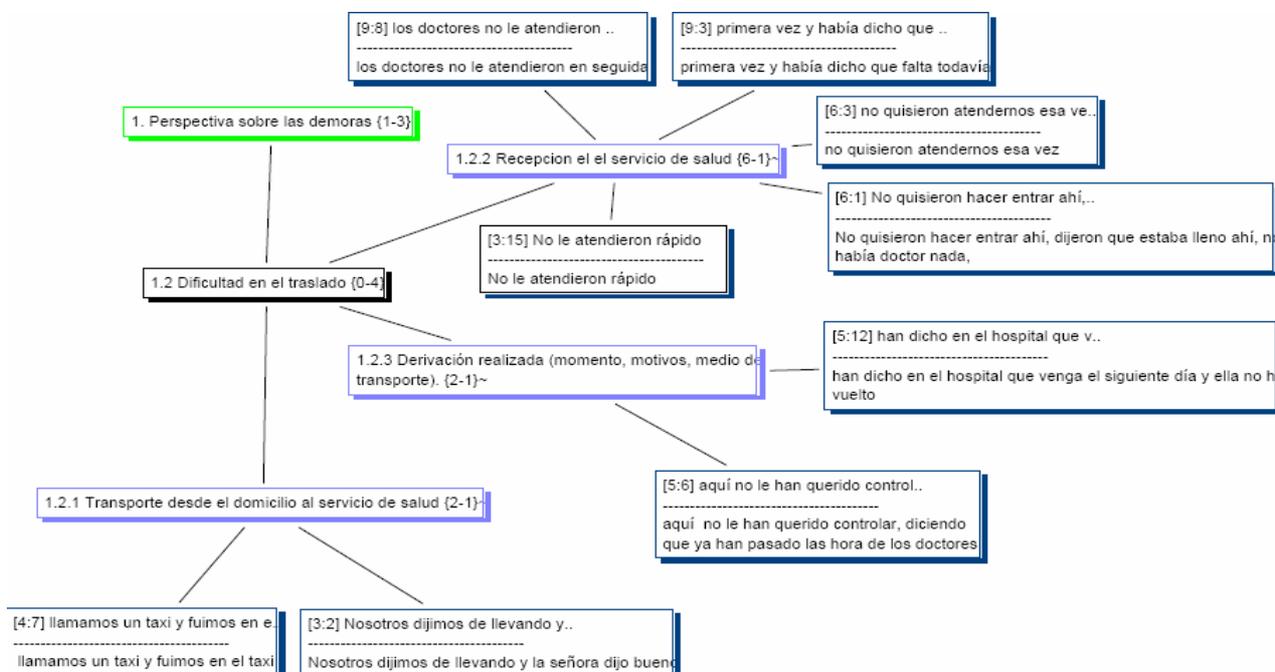
El grafico muestra que la Demora en llegar al servicio de salud esta basado en los siguientes indicadores

Los cuales se desarrollaran de acuerdo a lo obtenido en las autopsias verbales realizadas a los familiares.

- a. Transporte desde el domicilio al servicio de salud.
- b. Recepción en el servicio de salud.
- c. Internación e insumos utilizados.
- d. Derivación realizada (momento, motivos, medio de transporte).

**Grafico N°.7**

**Perspectiva de la Dificultad en el traslado como segunda demora, de los familiares con casos de muerte materna, Hospital Vicente Corral Moscoso 2006 -2007**



Fuente: Autopsias Verbales  
Elaboración : Vasquez N.

Una vez tomada la decisión, por parte de las mujeres de buscar atención médica, el traslado hacia el centro sanitario se efectuó en forma particular . Cuando el transporte estuvo a cargo de la mujer y/o de su grupo de allegados, aunque no fueran los medios más adecuados –automóvil, bicicleta– no encontraron demoras en el trayecto.

En otros casos, recurrieron a medios de transporte público –bus, taxi–. La demora que se muestra en la siguiente situación es probable que se deba a dificultades económicas que hicieron postergar el gasto mayor que implicaba el viaje en taxi:

*Luego de esperar un rato el bus, decidieron tomar un taxi, llegaron a la sala de urgencia... (Autopsia verbal del marido P4).*

*Al no tener como llevarla le rogamos a una señora y ella dijo bueno ... (Autopsia Verbal del hijo P3)*

En la recepción y el tratamiento de la emergencia en el centro de salud u hospital se destacan los diagnósticos incorrectos, con tratamiento ambulatorio. En algunos casos, las mujeres o sus acompañantes reaccionaron exigiendo una atención más exhaustiva o la internación frente a los síntomas que padecían:

*No quisieron hacer entrar ahí, dijeron que estaba lleno ahí, no había doctor nada de ahí entonces fuimos a Cuenca... (Autopsia Verbal del marido P6)*

*No quisieron atendernos esa vez... (Autopsia Verbal del marido P6)*

*El hospital había estado de paro, no había doctores, había dicho una señora que sería secretaria enfermera que sería, le había dicho que falta todavía llegar a un punto o algo así, ella regreso nuevamente diciendo que no le pasa el dolor y le dieron unas pastillas y le mandaron regresando con eso calmo el dolor pero 15 días después el dolor volvió y pensó que no era nada y no aviso... (autopsia verbal de la hermana P9)*

*En el hospital no le han atendido que le han dicho que espere, que espere, y ya cuando al ultimo ya dicen que mi hermana a dicho ya no aguanto el dolor y los doctores no le*

*atendieron en seguida, cuando ya no aguanto el dolor la atendieron y ahí se dieron cuenta que el bebe había muerto espero como 2 horas para ser atendida...*

*(autopsia verbal de la hermana P9)*

*Viene el doctor [del centro de salud local] le mira nomás así, así le mira, me dice: “¡Ah!, Ésta del viernes lo que anda jodiendo, no sé lo que quiere –dice– ponganlen un calmante y que la lleve a la casa”, dice. “¡No! –le digo– ¡Mire, yo quiero ver que lo... ¡Mire cómo está ella!, ¡Yo a la casa no la voy a llevar! Yo lo que quiero que me le internen y le pongan algo para contra la infección, ¡Si ella tiene infección! ¿Cómo la voy a llevar a la casa así como está? –le digo– ¡Mire como está ella muy agitada, cómo la voy a llevar a la casa, yo quiero que le interne y le cure”, le digo.*

*E: Y ¿Se la internó?*

*M: Y ¡Si! Me agarró y me internó, pero medio... en contra, digamos ...*

El último fragmento da cuenta de la ventaja de contar con soporte familiar en la gestión de la atención ya que, superando el maltrato y el abandono, esta mujer logra la internación de su hija, quien se había presentado sola en tres oportunidades anteriores sin obtener una atención adecuada.

Otra mujer, ante dolor de estómago consultó en el dispensario, donde le diagnosticaron infección urinaria, le indicaron análisis y calmantes. Pocas horas después, con el agravamiento de los síntomas acudió a un hospital. En esta oportunidad, la búsqueda de atención médica hacia otro servicio se orientó, quizá, por la desconfianza en el tratamiento anterior, o tal vez por reconocer que el empeoramiento de su salud requería atención en un centro de mayor complejidad, haciendo evidente la demora en la que incurrió el dispensario al no atender adecuadamente ni derivar a tiempo a un servicio con mayor capacidad resolutive.

En otros casos se observa la negligencia por no internar a la mujer que había sido derivada con orden escrita y por derivar desde la guardia hacia el consultorio externo (postergando la atención de la emergencia). Frente a estas dificultades, algunas mujeres y/o sus familiares buscaron atención en otra institución.

Las dificultades en relación con los insumos se manifiestan en la ausencia de distribución de medicamentos para el tratamiento de problemas durante el embarazo (hipertensión, anemia) así como también en la ausencia de medicación requerida durante el manejo de la emergencia obstétrica.

### 10.3 Dificultad en el tratamiento

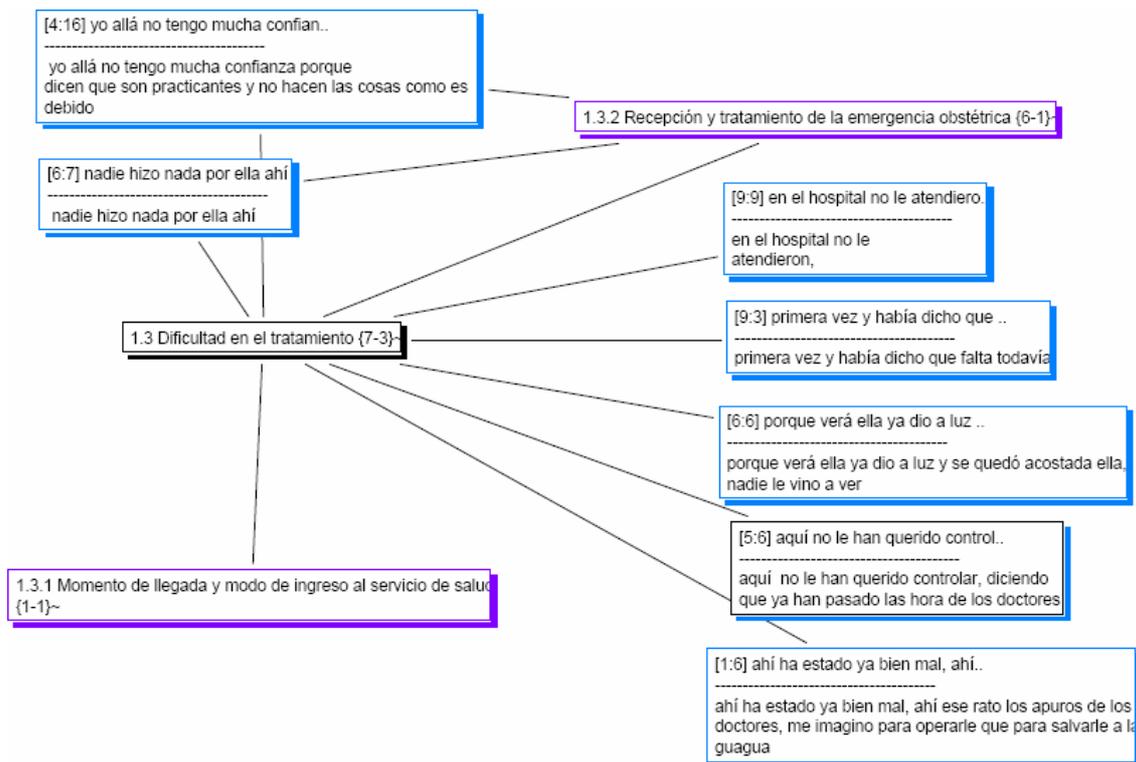
El grafico muestra que la Demora en recibir tratamiento en el servicio de salud donde fallece esta basado en los siguientes indicadores:

Los cuales se desarrollaran de acuerdo a lo obtenido en las autopsias verbales realizadas a los familiares.

- a. Momento de llegada y modo de ingreso al servicio de salud.
- b. Recepción y tratamiento de la emergencia obstétrica.
- c. Insumos utilizados para la atención.

### Grafico N°.8

#### Perspectiva de la Dificultad en Dificultad en el Tratamiento como tercera demora, de los familiares con casos de muerte materna, Hospital Vicente Corral Moscoso 2006 -2007



Fuente: Autopsias Verbales  
Elaborado: Vasquez N.

Algunas mujeres llegaron directamente desde su domicilio, y en transporte particular. En estos casos se presentó una demora en la recepción en el servicio, que retrasó el

ingreso , por ejemplo, hasta que se contactó a un profesional conocido, como muestra el siguiente fragmento:

*Ahí ha estado ya bien mal, ahí ese rato los apuros de los doctores me imagino para operarle que para salvar a la guagua...*

*(autopsia verbal del marido P6)*

El tiempo de estadía de estas mujeres hasta el momento en que fallecieron fue inferior a las cuarenta y ocho horas. Pese a este corto período de internación que culminó con la muerte, hay que resaltar que, en un caso, pocas horas antes de este ingreso, la mujer había consultado en el mismo servicio, y había sido enviada a su casa con prescripción de calmantes, pero no de estudios.

Las mujeres que llegaron por una derivación al servicio donde fallecieron, es decir, que ya habían ingresado al sistema de salud, tuvieron una estadía de duración muy variable.

En la recepción y el tratamiento de la emergencia se presentaron demoras en varios aspectos.

Algunas mujeres tuvieron demoras en ser atendidas, sumándose a esto el maltrato de parte de algunos médicos. Frente a situaciones de este tipo resulta determinante la presencia de familiares que exijan mejor atención, como se observa en el fragmento que sigue:

*Hasta las 8:15 no bajó el médico de guardia, la caba lo llamó cuatro veces... “Doctora, hace casi una hora tengo a mi mamá tirada en una cama y el médico no ha venido”. La doctora le tomó la presión... [médico de guardia ] “¿Qué le pasa a la señora?”. Le levantó la frazada y la miró y le dice “¡Súbala al primer piso.*

*Estas viejas dicen que se están muriendo y no les pasa nada!”. Entonces yo lo agarré y le dije “Mirá macho, ya, quiero que te devolvás y la revisés como corresponde porque ella es mi madre”. Entonces volvió, la revisó y le tomó la presión... (hijo )*

*(autopsia verbal del marido P6)*

#### **10.4 Percepción de la calidad de la atención recibida**

Los entrevistados por mujeres fallecidas mencionan la falta de agilidad en la recepción de la emergencia demora en el ingreso y la atención.

Entre los entrevistados por las mujeres fallecidas , se observa una percepción altamente negativa de la calidad de la atención recibida en los distintos momentos de este proceso, siempre vinculada a la capacidad resolutive de los profesionales tratantes. Incluso cuando se reconoce el esfuerzo de los profesionales en la atención de la mujer, se señalan deficiencias en cuanto a la atención del niño por nacer y el contexto de carencia de insumos.

La falta de detección de problemas durante el embarazo. En cuanto a esta última situación, se citan a continuación el testimonio:

Es posible que la falta de comunicación o el modo en que los profesionales de la salud se comunican con los familiares alimente sospechas y malos entendidos acerca de las prácticas realizadas, así como también puede dar lugar a una visión negativa del desempeño de los médicos, como se observa:

*Nunca me dijeron nada ni la pude ver a mi mujer hasta que salió el doctor a la madrugada y me dijo “Tu mujer se murió... encárgate de tu hijo porque tu mujer fue”...*

*(autopsia verbal del marido P4)*

#### **Grafico N°.9**

**Percepción de la calidad de atención recibida de los familiares con casos de muerte materna, Hospital Vicente Corral Moscoso  
2006 -2007**



Fuente: Autopsias Verbales  
Elaboracion: Vasquez N.

En algunos casos, si bien la derivación fue realizada oportunamente, su ejecución se retrasó debido a la falta de medios de transporte del propio sistema de salud, generando graves dilaciones.

La falta de insumos, tanto de medicamentos e instrumentos como de sangre y personal técnico, observada en todos los niveles de atención, también significó importantes demoras.

Si bien el contexto es favorable, existen otras razones por las cuales ocuparse de la muerte materna es impostergable: las muertes maternas son una expresión tanto de la violación de los derechos humanos de las mujeres, como de la desigualdad de género, y la mayoría de estas muertes son evitables.

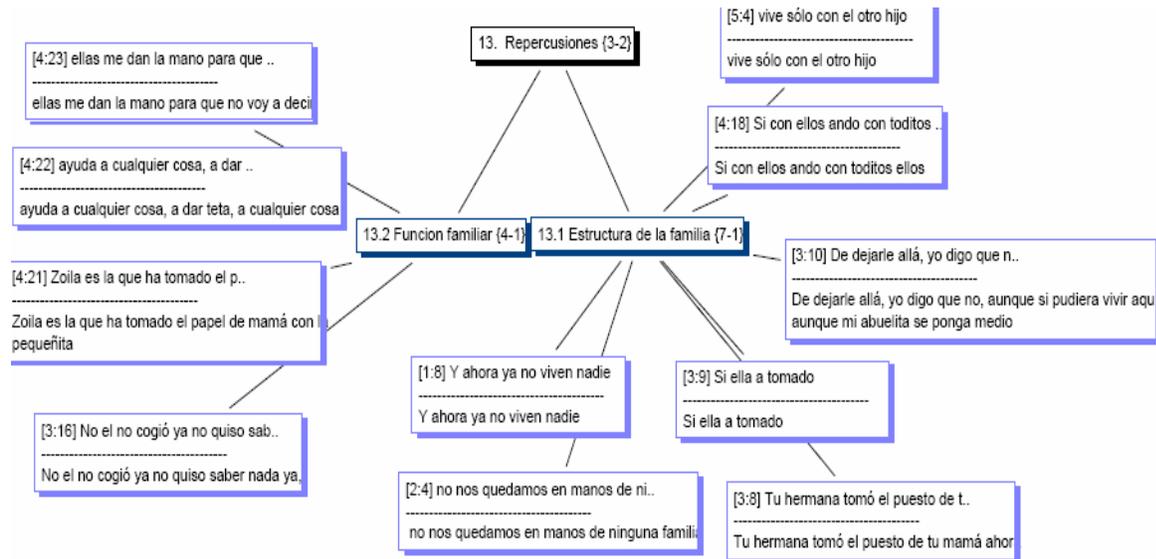
No es sólo una cuestión de acceso a los hospitales y centros de salud, o de calidad de la atención y de aparatología médica. El drama comienza mucho antes, en la falta de controles prenatales precoces y de calidad, en las carencias de la infancia temprana y en las condiciones insalubres del medio ambiente comunitario.

Esto es notable no sólo en la comparación entre países ricos y pobres, sino también dentro de las fronteras nacionales.

## 10.5 Estructura y Función familiar en la actualidad

Grafico N°. 10

### Estructura y Función de los miembros afectados por la muerte materna , Hospital Vicente Corral Moscoso 2006 -2007



Fuente: Autopsias Verbales  
Elaboración: Vasquez N.

Son muy pocos los casos en los que el esposo viudo asume las responsabilidades de cuidar solo a su hijo, los viudos en el mejor de los casos aportan económicamente y muchas veces los abandonan.

*Yo me encargue de el niño porque no había quien se encargue, el padre me dijo que lo cuide y desde ese día no ha visto por el... (Autopsia Verbal de la hermana P5)*

Existen algunos casos en los que los hijos se quedan huérfanos de ambos padres :

*El no la cogio ya no quiso saber nada ya, le fue dejando a la niña en el hospital, sino quienes la sacaron fueron mis tías de alla ... (Autopsia Verbal del marido P2)*

*Francamente aquí mis tías les tenían como empleados, somos seis la ultima se quedo viviendo con mi tía nosotros vivimos con mi abuelo...(Autopsia Verbal del marido P3)*

*No nos quedamos en manos de ninguna familia...(Autopsia Verbal del marido P3)*

*Con mi suegra y otra cunada viven, cunada soltera, ella a veces de donde sea saca la comida ella es padre y madre....( Autopsia verbal del marido P4)*

La hija mayor toma el rol de madre de sus hermanos menores :

*Ella ayuda en cualquier cosa, a dar teta, ellas me dan la mano para que no voy a decir.....*

*(Autopsia Verbal del marido P4)*

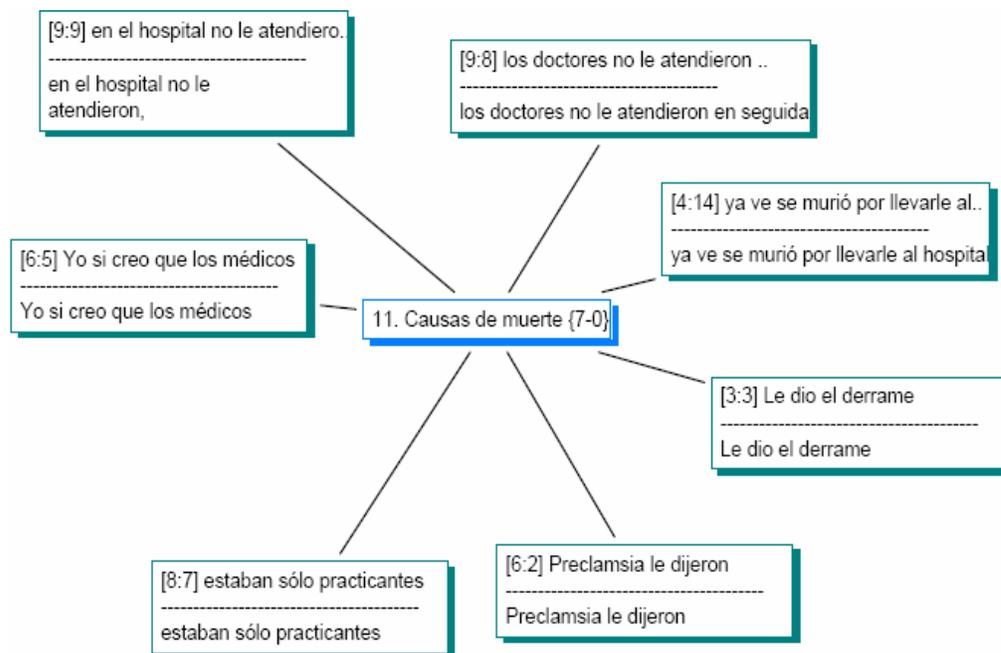
### *10.5 Causas de Muerte materna*

Desde los testimonios de la personas entrevistadas, obtuvimos información muy valiosa que nos ayudo a comprender que la muerte de una madre o un niño no se limita al padecimiento clínico si no que también esta sujeta al conjunto de circunstancias que dificultan una atención oportuna y eficiente

Como se ha descrito de otros testimonios , una atención deficiente degeneran en las muertes de madres y niños las cuales pudieron ser evitadas por la intervención oportuna de agentes de salud.

A continuación se muestra en el grafico la percepción de todos aquellos familiares que fueron afectados con un caso de muerte materna en donde expresan cual fue la causa de la muerte para cada uno de ellos que va mas alla de la enfermedad

**Grafico N°. 11**  
**Percepción de las Causas de muerte materna por familiares**  
**Hospital Vicente Corral Moscoso**  
**2006 -2007**



Fuente: Autopsias verbales  
 Elaboracion: Vasquez N.

Uno de los grandes problemas de la asistencia de los servicios de salud pública es la calidad de atención, los testimonios recogidos muestran la insatisfacción de los usuarios. En la recepción en el servicio y el tratamiento de la emergencia, tanto en la atención de las mujeres que presentaban complicaciones como de las que fallecieron por otras causas, se destacan situaciones de diagnóstico erróneo, tratamiento ambulatorio con calmantes y demoras en efectuar la derivación a un centro de mayor complejidad. En algunos casos, si bien la derivación fue realizada oportunamente, su ejecución se retrasó debido a la falta de medios de transporte del propio sistema de salud, lo que generó graves dilaciones.

#### ***11. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN RECOLECTADA POR LOS COMITÉS DE MUERTE MATERNA DE LA PROVINCIA QUE CONSTA EN EL ANEXO 4.***

En el caso de la provincia del Azuay, según los informes del INEC, en 1990 la tasa de mortalidad materna fue de 117,6 por cada cien mil nacidos vivos, mientras que en 2003, de 68,1 (es decir, apenas 1,7 veces menor). Sin embargo, en relación con la meta (29,4 defunciones maternas por cada cien mil nacidos vivos) es todavía 2,3 veces mayor.

**Tabla N°8**  
**Características sociodemográficas de las mujeres fallecidas**  
*registrados en el Anexo 4 en el periodo*  
**2006 - 2007**

	EDAD			ESTADO CIVIL			AREA	
	15-24	25-34	35-44	Soltera	Casada/Unida	ND	Urbano	Rural
<b>Cantidad</b>	4	3	4	0	10	1	4	7
<b>Porcentaje</b>	36%	27%	36%	0%	91%	9%	36%	64%

Fuente: Anexo 4  
 Elaborado: Nataly Vasquez

De las 11 mujeres que fallecieron en el periodo 2006 – 2007 contabilizadas, cuatro ( 36%) ocurrieron en mujeres 15 a 24 años , tres (27%) en mujeres de 25 a 34 años, cuatro ( 36%) en mujeres de 35 a 44 años. Demostrando que la mayor incidencia ocurrió con mujeres en condiciones para la fertilidad, la mayor parte de las muertes maternas ocurrió en mujeres que residían en zonas rurales respectivamente el 64%. La población que reside en las zonas rurales del país tiene mayores riesgos de muerte que aquella que reside en las zonas urbanas, además se encontró que de los 11 casos de muertes maternas registrados, 10 casos que representan el 90.9% su Estado civil era Casada o Unida, 1 caso que representa el 9.09% se desconoce información.

**Tabla N° 9**  
**Variables de los casos registrados en el Anexo 4 en el periodo**  
**2006 - 2007**

		<b>Cantidad</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>LUGAR DONDE OCURRIO LA MUERTE</b>	Hospital	10	90,91%
	Centro de Salud	0	0,00%
	Casa	1	9,09%
	Camino	0	0,00%
	Otra	0	0,00%
	ND	0	0,00%
	<b>PERIODO EN QUE OCURRIO LA MUERTE</b>	Embarazo	3
Parto		3	27,27%
PPI 24 Horas		1	9,09%
PP 1 a 7 días		1	9,09%
PP 8 a 42 días		1	9,09%
PP 43 a 365 días		1	9,09%
Otra		0	0,00%
ND		1	9,09%
<b>CONTROL PRENATAL</b>		Si	4
	No	2	18,18%
	ND	5	45,45%

Fuente: Anexo 4

Elaboracion: Vasquez N.

De los 11 casos de muertes maternas registrados, 10 casos que representan el 90.9% el fallecimiento ocurrió en el Hospital, 1 de los casos que representan 9% ocurrió en la casa, con referencia al periodo en que ocurrió la muerte materna de los casos registrados, el 27% que representa 3 decesos ocurrió durante el embarazo, 27% que en igual manera representa 3 casos

ocurrió durante el parto y el 36% durante el puerperio. El mayor peso correspondió a las muertes en el puerperio, el 9% restante no se tiene datos.

Los controles prenatales se realizaron en un 36% de los casos , el porcentaje restante no se realizaron o no se encontró datos.

**Tabla N°10**  
*Complicaciones del embarazo en los casos registrados en el Anexo 4 en el periodo 2006 - 2007*

	<b>CANTIDAD</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Ninguna	0	0%
Hemorragia	3	18%
Sepsis	1	6%
Eclampsia	4	24%
Diabetes	0	0%
Coagulopatía	2	12%
Tromboembolia	0	0%
Insuficiencia cardíaca congestiva	0	0%
Insuficiencia Renal	1	6%
Perforación Uterina	0	0%
Traumatismo Directo	0	0%
Ruptura Uterina	1	6%
Otra	5	29%
ND	0	0%
<b>Total</b>	<b>17</b>	<b>100%</b>

Fuente: Anexo 4  
Autora: Nataly Vasquez

De los 11 casos de muertes maternas registrados, el 18% que representa tres casos sufrieron complicaciones relacionadas con Hemorragia, el 6% que representa 1 caso tuvo como complicación sepsis, el otro 6% que representa 1 caso tuvo como complicación ruptura uterina, el 24% que representa 4 casos presentaron como complicación Eclampsia, el 12% que representa 2 casos presento coagulopatía, el 29% restante que representa 5 casos presentan otras complicaciones no descritas.

Tabla N° 11  
*Causas de la muerte materna en los casos registrados en el anexo 4 en el periodo 2006 - 2007*

		CANTIDAD	PORCENTAJE
ENFERMEDAD - CAUSA DE MUERTE MATERNA	Hemorragía de Parto	1	9,09%
	Hemorragía embarazo	0	0,00%
	Hemorragía PP	1	9,09%
	Sepsis PP	1	9,09%
	Eclampsia	0	0,00%
	Aborto-hemorragía	0	0,00%
	Aborto-sepsis	1	9,09%
	Otra	7	63,64%
CAUSA OBSTETRICA	Directa	5	45,45%
	Indirecta	5	45,45%
	ND	1	9,09%
CAUSA EVITABLE	Si	7	63,64%
	No	3	27,27%
	ND	1	9,09%
CAUSA DE MUERTE	Llegó tarde al Hospital	5	45,45%
	Falta de equipo	0	0,00%
	Falta de personal	0	0,00%
	Falta de personal entrenado	0	0,00%
	Personal no disponible en ciertos horarios	1	9,09%
	Falta de atención a la paciente	0	0,00%
	Otra	3	27,27%
	ND	2	18,18%

Fuente: Anexo 4

Autora: Nataly Vasquez

Al hablar de causas de muertes se puede enfocar de diferentes maneras, en mi trabajo encontramos causas obstétricas, la participación de las principales causas obstétricas directas en las muertes maternas mostró el 9% que representa 1 caso presento como causa de muerte Sepsis, el 9% Hemorragia en el parto, el 9 % fue por hemorragia Post parto, otro 9% fue atribuido al aborto, el 64% restante no se identifican las causas. Demostrándose que la hemorragia es la primera causa de muerte materna.

Causas de muerte relacionadas con las demoras, se recopiló que el 45% que representan cinco casos la causa de muerte esta relacionado con llegar tarde al hospital, el 9% que representa 1 caso la causa de muerte esta relacionada con falta de personal disponible en ciertos horarios, un 27% que representa 3 casos las causas de muerte no son identificadas, el 18% restante que representa 2 casos no se encuentran datos.

Además se analizó si las muertes eran evitables o no encontrando como resultado que el 64% eran evitables

Tabla N°12  
*Variables de los casos registrados en el Anexo 4 en el periodo  
 2006 - 2007*

		CANTIDAD	PORCENTAJE
DEMORA	En tomar la Decisión	2	18,18%
	En llegar a la unidad de salud(acceso)	6	54,55%
	En recibir atención	0	0,00%
	ND	3	27,27%
CONDICION AL ARRIBO	Buena	1	9,09%
	Mala	9	81,82%
	Muerta	0	0,00%
	ND	1	9,09%
RESPONSABILIDAD DE LA MUERTE	Propia madre	6	54,55%
	Familia	1	9,09%
	Unidad Operativa	1	9,09%
	Médico	1	9,09%
	Obstetriz	0	0,00%
	Enfermería	0	0,00%
	Partera	1	9,09%
	Otro	0	0,00%
	ND	1	9,09%

La demora que incidió en la muerte en un 55% que representa 6 casos fue en llegar a la unidad de salud ( acceso), dos casos que representa el 18% la demora estuvo relacionado en tomar la decisión, el 27% no se encuentra datos. A la llegada al hospital 82% llegaron en malas condiciones, en donde se encontró que el 55% de la responsabilidad de la muerte fue atribuida a la madre ya que no reconoció el peligro que le llevaría a la muerte

## **12. DISCUSIÓN**

Los resultados encontrados son consistentes con lo referido a nivel internacional y nacional, confirmando, además, que, en buena parte, los factores asociados a las muertes maternas reflejan problemas de la estructura social, donde los servicios de salud, que tienen también una participación importante en la ocurrencia de la muerte materna, son, finalmente, una expresión de esas estructuras sociales.

Las causas médicas de muerte maternal son muy similares a las reportadas en estudios previos, donde alrededor del 80% son debidas a “causas directas”, sin embargo, se nota una variación en cuanto a que los problemas de hemorragia han avanzado al primer lugar, desplazando a las toxemias, además de que la ocurrencia es mayor en el puerperio posterior a cesáreas.

Situación que guarda una estrecha relación con la calidad de los servicios, en particular, cuando son servicios médicos brindados a una población de escasos recursos económicos, como es el caso de la gran mayoría de mujeres que fallecieron en el período de estudio.

Los bajos nivel socio-económicos en que se encontraban las mujeres son un determinante fundamental de la muerte materna, dado que limitan el acceso a la educación, a fuentes de ingreso, a una buena alimentación y a servicios médicos asistenciales, entre otros aspectos, lo cual repercute en la capacidad de decisión de la mujer respecto a su salud. Algunas mujeres no aceptan alguna atención médica por aspectos culturales o porque la decisión esta en otro miembro de la familia, más aún cuando no están casadas.

Uno se pregunta: ¿Cuál es la condición psicosocial de una mujer joven de escasos recursos económicos y educativos, que resulta embarazada ,y que, como elemento agregado, la pareja la abandona y sufre un proceso de segregación? Esto pudo haber ocurrido en muchos de los casos estudiados, pero que la limitante de información de los expedientes clínicos, aún de las autopsias verbales, por su enfoque médico, no dejan ver más. Ante esta situación, es recomendable la implementación de estrategias cualitativas que permitan ahondar en la situación de la mujer, comprender el contexto en que ocurre y se desarrolla el embarazo, para proponer alternativas de solución a la muerte materna, más acordes con las necesidades de la propia mujer.

Es conveniente considerar que el que una mujer joven se embarace marca el inicio de una responsabilidad económica y social a largo plazo, para la cual estas nuevas madres cuentan con pocos recursos, aunado a las limitadas oportunidades laborales, que con el embarazo se limitan todavía más, favoreciendo con todo esto un círculo vicioso cada vez más arraigado de pobreza. Como se ha evidencia en algunos estudios, ante la situación de la joven embarazada con o sin pareja, la familia de origen trata de apoyar, aún cuando no cuenta con recursos suficientes y más bien resulta que la joven se vuelve una carga extra para los familiares. Por lo que en los contextos de pobreza la maternidad temprana supone la perpetuación de las desventajas socioeconómicas y la inequidad que sufren las mujeres en la escuela y el trabajo.

Reducir las muertes maternas requiere de acciones coordinadas y de un trabajo continuo. Las acciones deben ir necesariamente desde el interior de las familias hasta las políticas nacionales, tanto de salud como económicas. Un elemento importante a considerar para la reducción de la mortalidad materna es la comprensión consideración de las causas que subyacen a las causas médicas habituales, que si bien es necesario tenerlas en cuenta, no son las únicas y más bien pueden ser consecuencia de factores previos determinantes de la muerte materna.

La carencia de una atención de la salud, que sea a la vez disponible, accesible, aceptable y de calidad, incluyendo los cuidados obstétricos, es una de las principales formas en que las mujeres especialmente las mujeres rurales e indígenas experimentan la pobreza y la exclusión. Se trata también de la imposibilidad de poder ejercer su derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, que se desprende de los tratados a los que el gobierno ecuatoriano se ha adherido voluntariamente.

La ausencia de los cuidados obstétricos disponibles, accesibles, aceptables y de calidad ocasiona demoras en las decisiones de buscar atención, demoras en llegar al lugar de la atención y demoras en recibir el tratamiento apropiado una vez que se está en el establecimiento de salud, lo que tiene como consecuencia que cierto número de mujeres mueran.

Se descubrió que las mujeres rurales que mueren y las familias que dejan atrás son, en efecto, a menudo culpadas por sus propias muertes porque se da una demora en la

decisión de buscar la atención, siendo esa demora atribuida a sus “preferencias culturales” o “idiosincrasias”.

Luego de un examen más exhaustivo, sin embargo, todas estas demoras fatales incluyendo la demora en la decisión de buscar la atención médica , están relacionadas con las desigualdades sistémicas que tienen lugar en la sociedad y en el sistema de salud. Por ejemplo, las demoras en la decisión de buscar atención pueden atribuirse a una distribución in equitativa de los establecimientos de salud, así como de los bienes y servicios que hacen que los cuidados obstétricos no sean disponibles ni físicamente accesibles. Esta investigación descubrió que también puede atribuirse a las barreras económicas que tienen que enfrentar esas familias empobrecidas para tener acceso a los servicios, que persisten a pesar de la maternidad gratuita , incluyendo el costo del transporte. Las percepciones relativas a la escasa calidad de la atención pueden producir también demoras en la decisión de buscar atención en los establecimientos de salud.

Como lo señala el NU *Task Force* sobre Salud Infantil y Materna del Proyecto del Milenio, “las exigencias a la salud exigencias del derecho a una atención de la salud y de contar con condiciones favorables para ello constituyen los bienes de la ciudadanía.” La imposibilidad de brindar acceso a atención adecuada así como a los servicios reproductivos y de salud sexual relacionados con éstos es un indicador palmario de la manera en que las campesinas rurales no son tratadas como ciudadanas íntegras en la sociedad . . . Los patrones de la mortalidad materna proporcionan una cruda ilustración de las patologías del poder que aún plagan la sociedad ecuatoriana y de la imposibilidad del gobierno, a través del sistema de salud, de ponerles remedio.

En fin de cuentas, los recursos sociales generales no se dirigen adecuadamente a la salud en el Ecuador , ni a la salud materna en particular. Además, estos recursos que se gastan en salud se distribuyen de manera poco equitativa con respecto tanto a las necesidades básicas insatisfechas como a las poblaciones rurales *versus* las urbanas, lo que tiene un impacto desproporcionado en las poblaciones indígenas. Las políticas contraproducentes y punitivas adoptadas por el Sector Salud en lo que respecta tanto a las mujeres embarazadas y a sus familias, como al personal de salud de primera línea, han producido incentivos perversos y han minado la posibilidad de alcanzar mejoras sostenidas en la

Atención, a la vez que han violado los derechos tanto de los pacientes como de los trabajadores de salud.

Sin embargo, los obstáculos estructurales para reducir y evitar la mortalidad materna, no solamente en tanto un asunto de salud pública sino como un imperativo de derechos humanos, todavía deben ser abordados. Afrontar los problemas del sistema de salud que se relacionan con la mortalidad materna incluyendo el acceso poco equitativo a la atención y sistemas de referencia, las barreras culturales y económicas, y los regímenes de recursos humanos irracionales y desiguales haría mucho por fortalecer el sistema de salud en general. También permitiría que el sistema de salud funcione en toda su capacidad como un sistema social central capaz de promover una mayor democracia e igualdad en la sociedad en general, y de facilitar la tan ansiada reconciliación nacional ecuatoriana.

Finalmente, es conveniente tener en mente que la muerte materna afecta a toda una familia, con severas consecuencias futuras, de manera particular a los niños, que se quedan sin su madre, lo cual se traduce en un incremento en la morbimortalidad infantil, deserción escolar, incremento de violencia, etc. 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 que son ofrecidos a la población.

Lo que queda claro en este estudio es que después de la muerte materna existe un silencio total del gobierno el que no ha apoyado en absoluto a las familias de aquellas mujeres que fallecieron, desentendiéndose de la realidad que ellos afrontan, de sus necesidades, del apoyo que requieren con suma urgencia, en la provincia del Azuay fueron 11 casos con los que valdría la pena iniciar el cambio hacia una reducción de la mortalidad materna.

### **13. RECOMENDACIONES PARA LOS PROGRAMAS DE SALUD MATERNA DEL MINISTERIO DE SALUD PUBLICA PARA QUE SE ADECUEN A LAS EXPECTATIVAS DE LAS FAMILIAS Y COMUNIDADES QUE AFRONTARON EL PROBLEMA DE MUERTE MATERNA**

La tarea de formular recomendaciones para la política pública en salud excede las posibilidades de este estudio y de la persona que lo han llevado adelante. Por su naturaleza, esta tarea requiere un proceso de discusión de los resultados obtenidos con las autoridades sanitarias al tiempo que también demanda la construcción de consensos con los diversos actores que deben comprometerse activamente para una solución integral y eficaz al problema de la mortalidad materna, tanto desde el punto de vista de la salud pública como de los derechos humanos. A continuación planteo algunas de las recomendaciones que serian necesarias aplicar para lograr reducir la mortalidad materna:

1. Garantizar que la atención durante el parto esté en manos de personal capacitado y mejorar los sistemas de salud para aumentar la disponibilidad y el acceso a la atención obstétrica de urgencia.
2. Alentar a los adolescentes a que pospongan el momento del matrimonio y del nacimiento del primer hijo.
3. Abordar la cuestión de los embarazos no deseados o inoportunos.
4. Ampliar la cobertura y mejorar la calidad de la atención prenatal y durante el puerperio.
5. Promover la formación de nexos intersectoriales que fomenten la elaboración de políticas de apoyo y el compromiso político.
6. Fortalezcan la participación de la comunidad

7. Aborden los factores situacionales (pobreza, acceso a los recursos económicos, educación y situación social de las mujeres, falta de participación de los hombres, violencia contra las mujeres y necesidades particulares de las adolescentes)
8. Reducir las demoras en la identificación y el manejo de las complicaciones del embarazo y el parto.
  - a.) Garantizar atención capacitada en el hogar y en los establecimientos de salud.
  - b.) Garantizar la detección temprana, el manejo y la derivación adecuados de las complicaciones.
  - c.) Hacer hincapié en las aptitudes que pueden salvar vidas.
9. Mejorar la capacidad del sistema de salud de brindar atención de calidad a la madre y al recién nacido, incluida la atención de urgencia.
10. Detectar y tratar las complicaciones en una etapa temprana del embarazo.
  - a.) Garantizar atención prenatal adecuada para prevenir o tratar la anemia, el paludismo, el VIH, la hipertensión y otras complicaciones.
  - b.) Garantizar la consulta prenatal en una etapa temprana para brindar atención médica, asesoramiento y planificación del nacimiento.
  - c.) Garantizar la participación comunitaria.
11. Prestar atención a las opiniones de los clientes y a la calidad.
12. Los programas en los que se presta atención a los usuarios funcionan mejor que los dotados de un enfoque unidireccional. Los incentivos que promueven actitudes y comportamientos positivos por parte de los prestadores de servicios son más eficaces que las prácticas de gestión punitivas y por objetivos.
13. Planificar a largo plazo para reducir la mortalidad materna.
14. Es necesario contar con medidas de largo plazo para mejorar los sistemas de salud y lograr que la atención durante el parto sea profesional.
15. Proponerse reducir la violencia contra la mujer. Esto constituye una forma de centrar la atención en los derechos de la mujer y un modo eficaz de movilizar los recursos de la sociedad para mejorar los resultados en materia de salud de la madre y el recién nacido.

16. Invertir en la salud de la mujer para la reproducción en una etapa temprana del ciclo vital. Si durante la adolescencia se trata la malnutrición proteínico-energética, las deficiencias de hierro, ácido fólico y otros micronutrientes, las mujeres jóvenes toleran mejor el incremento de la demanda de esas sustancias que se produce durante el embarazo, el parto y la lactancia. De este modo se incrementan además las posibilidades de un nacimiento normal, peso normal al nacer y un crecimiento y desarrollo óptimos del bebé.
17. Alentar la participación de los hombres para promover la sexualidad responsable de un modo más eficaz.
18. Es preciso brindar a hombres y mujeres igual acceso a información, educación y servicios.
19. No suponer que los mejores resultados implican un alto costo.
20. Muchos países han obtenido mejores resultados en lo que respecta a la salud de la madre y el recién nacido simplemente utilizando los recursos ya existentes de manera más eficaz, mediante la generación de un fuerte apoyo político y de la comunidad.
21. No olvidarse del cambio de comportamientos. Si se pretende que mejoren los resultados en materia de salud de la madre y el recién nacido, es necesario que tanto individuos como familias, comunidades y prestadores de servicios modifiquen sus comportamientos. Una eficaz promoción y comunicación en materia de salud ha contribuido a lograr mejores resultados en la salud de madres y recién nacidos mediante la reducción de prácticas riesgosas (actividad sexual sin protección), fomento de hábitos positivos (mejor higiene y nutrición) y sensibilización de los prestadores de servicios con respecto a las necesidades de sus clientes.
22. Prestar atención a la demanda y la accesibilidad.
23. Las inversiones en educación y comunicación sanitaria pueden aumentar la demanda de atención de salud materna y para el recién nacido. La mejora de la situación de la mujer mediante la educación y las oportunidades económicas influye poderosamente sobre la demanda de servicios relacionados con la salud de la madre y el bebé, tales como la atención médica.
24. Dedicar esfuerzos a ampliar el acceso a los servicios para los grupos en situación desfavorable o a los que es difícil llegar, incluyendo las mujeres pobres y las regiones

#### **14.-REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA**

1.-) MSP, Dirección de Normatización del Sistema Nacional de Salud, Plan Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materna. Ecuador, 2005.

2.-) Zambrano Cedeño Iván. Manual para la vigilancia epidemiológica e investigación de la mortalidad materna, Quito, Ecuador, Enero 2006.

3.-) Family Health International and D. Maine, Columbia University, Indicadores de salud materna y peri natal. Boston, USA.

Disponible en: <http://ccp.ucr.ac.cr/cursoweb/3314mat.htm>

4.) WHO, UNICEF, UNFPA, and The World Bank. Maternal mortality, estimates developed in 2005.

Disponible en: [http://www.unicef.org/lac/Maternal\\_Mortality\\_in\\_2005-24-9b.pdf](http://www.unicef.org/lac/Maternal_Mortality_in_2005-24-9b.pdf)

5.) WHO, UNICEF, UNFPA. Maternal mortality : estimates developed , Geneva 2004.

Disponible en: <http://www.who.int/reproductive-health/publications/maternal-mortality-2000/>

6.) OPS, OMS. Estrategia regional para la reducción de la mortalidad y la morbilidad maternas. Washington, D.C., EUA, 23-27 septiembre de 2002.

7.) Organización Panamericana de la Salud, Área de Análisis de Salud y Sistemas de Información Sanitaria (AIS). Situación de Salud en las América: Indicadores Básicos 2005. Washington DC, 2005.

Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/dd/ais/coredata.htm>

8.) Naciones Unidas. Declaración del Milenio. Resolución A/RES/55/2. New York: UN; 2000.

Disponible en: <http://www.un.org/spanish/millenniumgoals/ares552.html>

9.-)UNICEF. Mortalidad materna Asamblea General de las Naciones Unidas 2001.

Disponible en:

<http://www.unicef.org/spanish/specialsession/documentation/documents/a-s-27-3s.pdf>

[http://www.unicef.org/spanish/specialsession/about/sgreport-pdf/sgreport\\_adapted\\_sp.pdf](http://www.unicef.org/spanish/specialsession/about/sgreport-pdf/sgreport_adapted_sp.pdf)

10).WHO.Systematic review identifies main causes of maternal mortality and morbidity. Lancet 2005.

Disponible en:  
<http://download.thelancet.com/mmcs/journals/01406736/PIIS0140673606683979.mmc1.pdf>

11.) WHO, The dimensions of the problem. Reducción de la mortalidad materna 2006

.Disponible en:  
[http://www.who.int/reproductivehealth/publications/reduction\\_of\\_maternal\\_mortality/reduction\\_maternal\\_mortality\\_chap1.htm](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/reduction_of_maternal_mortality/reduction_maternal_mortality_chap1.htm)

12.-) Universidad Central del Ecuador, Instituto Nacional de Estadística y Censos, Facultad de ciencias Económicas, proyecto: estudios demográficos en profundidad, componente : la mortalidad materna en Ecuador 2006.

13.)UNICEF, Riesgo de muerte materna 2006.

Disponible en:  
[http://www.unicef.org/specialsession/about/sgreportpdf/09\\_MaternalMortality\\_D7341Insert\\_English.pdf](http://www.unicef.org/specialsession/about/sgreportpdf/09_MaternalMortality_D7341Insert_English.pdf)

14.) CISMIL, segundo informe nacional Objetivos de desarrollo del milenio, Ecuador secretaria nacional de los objetivos de desarrollo del milenio, Quito 2005.

15) Secretaria Nacional de los Objetivos del Milenio, Primer informe de Desarrollo del Milenio, Quito2005.

16 ) Secretaria Nacional de los Objetivos del Milenio, Objetivos de desarrollo del milenio estado de situación, AZUAY2006.

17.) Ministerio de Salud Pública, Dirección de Normatizacion del Sistema Nacional de Salud, Plan Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materna, Ecuador, 2005.

18.) MSP, Subsistema de Vigilancia Epidemiológica e Investigación de la Muerte Materna, propuesta de Norma Técnica de Manejo Activo del Tercer Periodo del Parto, marzo de 2006.

19.) Encuesta Demográfica Materno Infantil (ENDEMAIN), Informe de la provincia del Azuay, 2004.

20.-)WHO. Reproductive Health Indicators.- Reproductive Health and Research Guidelines . 2007

21). World Health Organization (WHO), UNICEF. Revised Estimates of maternal mortality: WHO/FRH/ 1990MSM/96.11. Geneva, 1996.

22.) Ministerio de Salud Pública (MSP).- Programa de maternidad gratuita y atención a la infancia. manual técnico operativo.

23) INEC (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos).

Mortalidad materna, según provincias de residencia habitual, Población total y tasa brutas de natalidad, mortalidad general, mortalidad infantil y materna, según regiones y provincias de residencia habitual, año Ecuador 2005.

24) Centro de Investigaciones Sociales del Milenio-CISMIL Documento metodológico sobre la elaboración de informes locales de ODM. (2006),

• Comisión Económica Para América Latina y el Caribe (CEPAL), Meeting the Millennium Poverty Reduction Targets in Latin America and the Caribbean, Libros de la CEPAL, United Nations Publication, 2005.

25)• MSP ( Ministerio de Salud Pública), Normas para la Atención Materna e Infantil. Vigilancia Epidemiológica e Investigación de la Mortalidad Materna, 2006.

26) . Organización Mundial de la Salud. La contribución para el logro de las Metas de Desarrollo de la Declaración del Milenio de Naciones Unidas. Informe del Secretariado. Ginebra; 2003.

27) United Nations Development Program. Human Development Report Millennium Development Goals: A compact among nations to end human poverty. New York: UNDP; 2003.

28) Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Situación y perspectivas 2003. Estudio económico de América Latina y el Caribe 2002–2003. Santiago, Chile: Naciones Unidas, CEPAL; 2003.

Disponible en:

<http://www.eclac.cl/cgi-bin/getProd.asp?xml=/publicaciones/xml/8/12838/P12838.xml&xml=/de/tpl/p9f.xsl&base=/tpl/top-bo>

29) SODEM, Secretaria Nacional de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. EN Ecuador Políticas Públicas y Programas Prioritarios para avanzar en el cumplimiento de los Objetivos de desarrollo del milenio Ecuador 2006.

# **ANEXOS**

**ANEXO N° 1**  
**FORMULARIOS UTILIZADOS PARA LA AUTOPSIA VERBAL**

## **DEMORAS QUE INCIDIERON EN LA MUERTE**

### **PRIMERA DEMORA**

- 1) Conocen cuales son los motivos de alarma que pone en peligro la vida de una mujer en el embarazo, parto o puerperio.
- 2) Cuales son la principales razones por las que se decide ir o no a un centro de salud para atender a la mujer durante el embarazo, parto, puerperio.
- 3) ¿Quién se dio cuenta que había un problema con la mujer embarazada?
- 4) ¿Cuánto tiempo antes de la muerte se dieron cuenta que había un problema con la mujer embarazada?
- 5) ¿Qué hicieron cuando se dieron cuenta que había un problema con la mujer embarazada?
- 6) Si llegaron tarde al hospital o centro de salud ¿porqué llegaron tarde?
- 7) ¿Debería una mujer embarazada ser tratada por un médico?
- 8) ¿Por quien debe ser atendida la mujer en el momento de dar a luz?
- 9) ¿Piensan que es el embarazo peligroso en algún momento o no?
- 10) ¿En que casos acuden donde la comadrona?
- 11) ¿Hasta que etapa confían en la comadrona?
- 12) ¿Quien atendió el parto?
- 13) ¿Qué riesgos corre la embarazada cuando es atendida en la comunidad (domicilio)?

### **SEGUNDA DEMORA**

- 14) ¿Han podido llegar fácilmente a un centro de salud cuando ha tenido problemas en el embarazo?
- 15) Durante el embarazo. ¿ha acudido donde el médico? si o no y ¿porque?
- 16) Cuando una mujer embarazada esta enferma ¿quién es el que le lleva donde el médico?
- 17) Ustedes conocen de las actividades que hacen en el centro de salud cuando están embarazadas.

### **TERCERA DEMORA**

- 18) Su esposa cuando se fue al hospital o centro de salud ¿quién le atendió? y ¿qué hicieron? ¿qué estuvo bien? y ¿qué estuvo mal?

19) ¿con que problema se fue la señora estando embarazada?.

20) ¿quién o quienes le examinaron?

21) ¿qué exámenes le hicieron? ¿qué medicamentos le dieron?

22) ¿porqué murió y quien tuvo la culpa?

#### **EN LA ACTUALIDAD**

23) ¿qué sucedio con la familia luego del fallecimiento de la madre? ¿esta todavia unida?

24) recibieron apoyo de la familia de la fallecida o de su propia familia?

**ANEXO N° 2**  
**INFORMACION CONFIDENCIAL DE LA MUERTE MATERNA**

## 11.1. INFORMACION CONFIDENCIAL DE LA MORTALIDAD MATERNA – REVISION HISTORIA CLINICA

### I. IDENTIFICACION DEL ESTABLECIMIENTO

Nombre del establecimiento de salud:.....
Unidad de salud Pública <input type="checkbox"/> Unidad de salud privada <input type="checkbox"/> Otras <input type="checkbox"/>
Provincia:..... Cantón:..... Parroquia:..... Área de Salud:.....

### II. IDENTIFICACION DEL CASO

<b>Fuentes de información:</b>	1. Historia Clínica <input type="checkbox"/> 2. Certificado de Defunción <input type="checkbox"/> 3. Protocolo de Autopsia <input type="checkbox"/> 4. Informe Policial <input type="checkbox"/> 5. Monitoreo de la calidad <input type="checkbox"/> 6. Otro .....
1) Nombres y Apellidos de la Fallecida:.....	
2) Edad: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
3) Estado Civil:	1. Soltera <input type="checkbox"/> 2. Casada/Unida <input type="checkbox"/> 3. ND <input type="checkbox"/> 5. Otro .....
4) Etnia:	1. Mestiza <input type="checkbox"/> 2. Indígena <input type="checkbox"/> 3. Negra <input type="checkbox"/> 4. Blanca <input type="checkbox"/>
5) Fecha del parto <input type="checkbox"/> aborto <input type="checkbox"/> cesárea <input type="checkbox"/> u otro <input type="checkbox"/> :	..... Día ..... Mes: ..... Año:..... hora: ...../am ...../pm
6) Fecha de Fallecimiento:.....	..... Día ..... Mes: ..... Año:..... hora: ...../am ...../pm
7) Lugar de Ocurrencia:	1. HG <input type="checkbox"/> 2. HB <input type="checkbox"/> 3. CS <input type="checkbox"/> 4. SCS <input type="checkbox"/> 5. PS <input type="checkbox"/> 6. Casa <input type="checkbox"/> 7. Camino <input type="checkbox"/>
8) Dirección Domiciliaria:.....	1. Urbana <input type="checkbox"/> 2. Rural <input type="checkbox"/>
9) Categorización del Caso ( Período):	1. Embarazo: <input type="checkbox"/> 2. Parto: <input type="checkbox"/> 3. PPI 24 Horas <input type="checkbox"/> 4. PP 1 a 7 Días <input type="checkbox"/> 5. PP 8 a 42 Días <input type="checkbox"/> PP 43 a 365 Días <input type="checkbox"/>
10) No. de la HCU:.....	
11) Diagnóstico Definitivo: ( HCU) .....	
12) Causa Básica de la Muerte: (Cert.de.Defunción literal c).....	

### III. REVISION DE LA HISTORIA CLINICA Y OTRAS FUENTES EMBARAZO, PARTO Y POST PARTO

<b>1. REFERENCIA</b>	
Referida	1. SI <input type="checkbox"/> 2. NO <input type="checkbox"/> 3. ND <input type="checkbox"/>
Fecha de llegada: Día:..... Mes:..... Año:..... Hora:.....	ND
Unidad de Salud u otro que refirió: .....	Diagnóstico de la referencia: .....
<b>2. VALORACIÓN/CONDICION INICIAL DE LA PACIENTE:</b>	
1. Control Prenatal:	1. SI <input type="checkbox"/> 2. NO <input type="checkbox"/> N° de controles..... 9. ND <input type="checkbox"/>
2. Edad Gestacional: .....	
3. Gesta: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Parto: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Aborto: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
4. Temperatura:.....	
5. Tensión Arterial .....	6. Frecuencia Cardíaca Materna / pulso: .....
6. Frecuencia Cardíaca Fetal: .....	
7. Edema: 1. SI <input type="checkbox"/> 2. NO <input type="checkbox"/>	
8. Convulsiones: 1. SI <input type="checkbox"/> 2. NO <input type="checkbox"/>	
9. Sangrado Vaginal 1. SI <input type="checkbox"/> 2. NO <input type="checkbox"/>	
10. 1. Sin complicación Obst. <input type="checkbox"/> 2. Con complicación Obst. <input type="checkbox"/> 3. Fallecida <input type="checkbox"/>	
<b>3. MANEJO CLÍNICO EN EMERGENCIA/HOSPITALIZACIÓN Y DISPONIBILIDAD DE RECURSOS</b>	
1. ¿Se controló la presión arterial?: En caso de no, por qué?:	1 SI <input type="checkbox"/> 2 NO <input type="checkbox"/> ¿Cuántas veces / día? .....
2. Se controló y valoró la frecuencia cardiaca materna En caso de no por qué?:	1. Falta de personal <input type="checkbox"/> 2. Falta de equipos <input type="checkbox"/> 3. Demora / falta de atención a la paciente <input type="checkbox"/> 4. Otra .....
3. Se controló y valoró la frecuencia cardiaca fetal En caso de no por qué?:	1 SI <input type="checkbox"/> 2 NO <input type="checkbox"/> 9. ND <input type="checkbox"/> Cuántas veces /día .....
	1. Falta de personal <input type="checkbox"/> 2. Falta de equipos <input type="checkbox"/> 3. Demora / falta de atención a la paciente <input type="checkbox"/> 4. Otra.....
	1 SI <input type="checkbox"/> 2 NO <input type="checkbox"/> 9. ND <input type="checkbox"/> Cuántas veces /día .....
	1. Falta de personal <input type="checkbox"/> 2. Falta de equipos <input type="checkbox"/> 3. Demora / falta de atención a la paciente <input type="checkbox"/> 4. Otra.....

4. ¿Se utilizó el partograma? SI   
 NO  Por qué .....  
 NO HAY  Por qué .....

5. ¿Si en el partograma se presentó desviación de la curva de dilatación cervical, en relación a la de alerta, que decisiones se tomaron?:

6. ¿Se realizó el manejo activo en el tercer periodo del parto (ocitócicos, tracción controlada del cordón y masaje uterino)?  
 1. SI  2. NO   
 En caso de no por qué?: 1. Falta de capacitación  2. Falta de ocitocina  3. Otras .....

7. Se realizaron los procedimientos del puerperio inmediato/post aborto (temperatura, pulso, tensión arterial, involución uterina y loquios):  
 1. SI  2. NO   
 En caso de no por qué?: 1. Falta de personal  2. Falta de equipos   
 3. Demora / falta de atención a la paciente  4. Otra.....

8. Valoración en la primera hora del ingreso:  
 Quién le valoró: Z1 SI  2 NO   
 1. Especialista  2. Medico Residente   
 3. I. Rotativo  4. Obstetrix  5. Otro .....

#### IV. MANEJO TERAPEÚTICO SEGÚN DIAGNÓSTICO Y DISPONIBILIDAD DE RECURSOS

1. Tipo de complicación:	Hemorragia: del embarazo <input type="checkbox"/> Parto <input type="checkbox"/> Puerperio <input type="checkbox"/> Pre eclampsia – eclampsia <input type="checkbox"/> Sepsis <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/>
2. Evaluación dentro de las 24 horas del ingreso por el Medico Tratante Especialista:	1 SI <input type="checkbox"/> 2 NO <input type="checkbox"/>
3. Manejo terapéutico realizado:	1. Antibióticos 1 SI <input type="checkbox"/> 2 NO <input type="checkbox"/> NO APLICA <input type="checkbox"/> 2. Antihipertensivos 1 SI <input type="checkbox"/> 2 NO <input type="checkbox"/> NO APLICA <input type="checkbox"/> 3. Líquidos endovenosos 1 SI <input type="checkbox"/> 2 NO <input type="checkbox"/> NO APLICA <input type="checkbox"/> 4. Hemoderivados 1 SI <input type="checkbox"/> 2 NO <input type="checkbox"/> NO APLICA <input type="checkbox"/> 5. Anticonvulsivantes 1 SI <input type="checkbox"/> 2 NO <input type="checkbox"/> NO APLICA <input type="checkbox"/> 6. Otros..... En caso de no por qué?: 1. Falta de personal <input type="checkbox"/> 2. Falta de equipos <input type="checkbox"/> 3. Falta de medicamentos <input type="checkbox"/> 4. Falta de materiales e insumos <input type="checkbox"/> 5 Falta de hemoderivados <input type="checkbox"/> 6. Demora / falta de atención a la paciente <input type="checkbox"/> 7. Otra.....
4. Exámenes de Laboratorio realizados:	1. Biometría hemática 1 SI <input type="checkbox"/> 2 NO <input type="checkbox"/> NO APLICA <input type="checkbox"/> 2. Grupo factor 1 SI <input type="checkbox"/> 2 NO <input type="checkbox"/> NO APLICA <input type="checkbox"/> 3. Química sanguínea 1 SI <input type="checkbox"/> 2 NO <input type="checkbox"/> NO APLICA <input type="checkbox"/> 4. EMO 1 SI <input type="checkbox"/> 2 NO <input type="checkbox"/> NO APLICA <input type="checkbox"/> 5. Otros: .....
5. Otros procedimientos terapéuticos realizados:	1. AMEU / legrado 1 SI <input type="checkbox"/> 2 NO <input type="checkbox"/> NO APLICA <input type="checkbox"/> 2. cesárea 1 SI <input type="checkbox"/> 2 NO <input type="checkbox"/> NO APLICA <input type="checkbox"/> 3. histerectomía 1 SI <input type="checkbox"/> 2 NO <input type="checkbox"/> NO APLICA <input type="checkbox"/> 4. Otro ..... En caso de no, por qué? 1. Falta de personal <input type="checkbox"/> 2. Falta de equipos <input type="checkbox"/> 3. Falta de sala de operaciones <input type="checkbox"/> 4. Falta de anestesia <input type="checkbox"/> 5. Condiciones inadecuadas de la paciente <input type="checkbox"/> 6. Demora / falta de atención a la paciente <input type="checkbox"/> 7. Otra.....

Tiempo de Hospitalización: días  horas

#### V. RECIEN NACIDO:

Nació: 1. Vivo  2. Muerto  3 No Dato

Si el bebe/ feto murió en el Hospital u otro centro asistencial, por que murió:  
 1. Llego tarde al hospital  2. Falta de equipo  3. Falta de personal   
 4. Falta de personal entrenado  5. Personal no disponible en ciertos horarios  6. Otras  .....

Form - M.M - 001 - 2006 - MSP

### 11.3 FORMULARIO RELATO/ HISTORIA DE VIDA

(Este formulario será llenado especialmente en los casos de muerte no institucionales, ocurridas fuera de la unidad de salud)

#### I. IDENTIFICACION DEL ESTABLECIMIENTO

Nombre del establecimiento de salud:.....
Unidad de salud Pública <input type="checkbox"/> Unidad de salud privada <input type="checkbox"/> Otras <input type="checkbox"/>
Provincia:..... Cantón:..... Parroquia:..... Área de Salud:.....

#### II. IDENTIFICACION DEL CASO

<b>Informantes:</b>	1) Esposo <input type="checkbox"/> 2) Hijos/as <input type="checkbox"/> 3) Madre <input type="checkbox"/> 4) Padre <input type="checkbox"/> 5) Hermana/o <input type="checkbox"/>
	6) Suegra/o <input type="checkbox"/> 7) Vecino/a <input type="checkbox"/> 8) Partera <input type="checkbox"/> 10) Otros <input type="checkbox"/>
<b>1.- Nombres y apellidos de la fallecida:</b>	.....
<b>2. Edad:</b>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>3. Estado Civil:</b>	1. Soltera <input type="checkbox"/> 2. Casada/Unida <input type="checkbox"/> 3. ND <input type="checkbox"/> 5. Otro .....
<b>4. Etnia:</b>	1. Mestiza <input type="checkbox"/> 2. Indígena <input type="checkbox"/> 3. Negra <input type="checkbox"/> 4. Blanca <input type="checkbox"/>
<b>5. Gestas:</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <b>Partos:</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <b>Abortos:</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
<b>6.-Lugar de residencia:</b>	Provincia:..... Cantón:.....
	Parroquia:..... Comunidad/localidad: .....
	Dirección domiciliaria:.....
	Urbana <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>
<b>7.-Fecha de defunción:</b>	Día:.....Mes:.....Año:.....
<b>8. Lugar de Defunción:</b>	casa <input type="checkbox"/> en trayecto/camino <input type="checkbox"/> otros .....
<b>9. ¿Quién le atendió el parto/aborto u otra complicación?</b>	.....
	1) Esposo <input type="checkbox"/> 2) Hijos/as <input type="checkbox"/> 3) Madre <input type="checkbox"/> 4) Padre <input type="checkbox"/> 5) Hermana/o <input type="checkbox"/>
	6) Suegra/o <input type="checkbox"/> 7) Vecino/a <input type="checkbox"/> 8) Partera <input type="checkbox"/> 10) Otros <input type="checkbox"/>
<b>10.¿Qué tenía la paciente (signos y síntomas)?:-</b>	.....
<b>Qué problemas tuvo en el:</b>	
<b>Embarazo:</b>	.....
<b>Parto:</b>	.....
<b>Post-parto:</b>	.....
<b>Otras Causas médicas y no médicas asociadas</b>	.....
<b>11.-Escriba con detalle la historia (en forma cronológica)</b>	.....
	.....
	.....
	.....
<b>12.-Describa los aspectos más importantes del contexto del evento (actores, infraestructura, situaciones que influyeron en el caso).</b>	.....
	.....
	.....
	.....

#### III. ANALISIS DE LA HISTORIA RELATO DE VIDA

**13.- Cuáles fueron las causas probables del agravamiento? (según los entrevistados)**

.....

.....

**14.- Era evitable o Prevenible (tres demoras) según los entrevistados**

Evitables	Demora: Paciente, Familia	Demora: En el traslado	Demora: Servicio de Salud
SI. Porqué			
NO. Porqué			

**15.- Qué hizo la comunidad para que no muera?**

ACTIVIDAD	QUIEN HIZO	QUE RESULTADOS OBTUVIERON	QUE PROBLEMAS HUBO

**16.- Qué se debería hacer para evitar casos similares?**

.....

.....

.....

**IV. COMPROMISOS PROGRAMADOS Y ACTIVIDADES PARA EVITAR EVENTOS SIMILARES EN LA COMUNIDAD**

SERVICIOS DE SALUD	COMUNIDAD	FAMILIA

**V. ANÁLISIS DE FACTORES DE RIESGO / CAMPOS DE LA SALUD (a ser llenada por el entrevistador)**

SERVICIOS DE SALUD	COMUNIDAD
<b>BIOLÓGICO:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Características de la persona " herencia genética" en los procesos de maduración.</li> <li>• Edad, inmunidad, genotipo biológico etc.</li> </ul>	
<b>ESTILOS DE VIDA:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Riesgos por sedentarismo</li> <li>• Modelos o patrones de consumo</li> <li>• Riesgos ocupacionales.</li> <li>• Costumbres, Hábitos etc.</li> </ul>	
<b>SERVICIOS DE SALUD:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prevención y Promoción.</li> <li>• Recuperación,</li> <li>• Rehabilitación física y mental.</li> <li>• Modelo de Atención y de Gestión etc.</li> </ul>	
<b>MEDIO AMBIENTE:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Natural: Ambiente Físico y Biológico.</li> <li>• Social y Sicológica</li> </ul>	

Form - M.M - 002 - 2006 - MSP

Responsable de la Investigación:.....  
 Fecha de la investigación:.....

Gracias por su colaboración, esto nos ayuda a evitar que mueran otras mujeres por estas causas.  
 5/ Módulo 3, Diseño de Programas de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades.

**ANEXO N° 3**  
**FOTOS**

Imágenes que muestran las condiciones en las que viven aquellos que fueron dejados, los que ya no contaran con el apoyo de una madre para poder seguir adelante ellos son los que ahora necesitan ayuda.

Para que cada muerte materna importe...



Foto N° 1  
Fuente: Familia Sari

*Y ahora somos seis sin padre ni madre, yo tengo 17 y ya voy a ser padre soy el mayor el que ha quedado a cargo de mi familia... (recopilado de la autopsia verbal )*



Foto N° 3  
Fuente: Familia Ayala

*No se porque nos dejo si nosotros éramos felices ... .. (recopilado de la autopsia verbal )*

*Nadie nos ha ayudado después de que me dijeron que se murio, me hicieron muchas preguntas, hasta me ofrecieron que el gobierno ayudaria en la recuperacion psicologica, social de mi familia ya son dos anos de eso... (recopilado de la autopsia verbal )*



Foto N° 3  
Fuente: Familia Sari