

# FACTORES QUE AFECTAN EL PROCESO DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LA MORTALIDAD MATERNA EN EL DEPARTAMENTO DEL CAUCA.

RESUMEN - INTRODUCCION - MATERIALES Y MÉTODOS

Mario Delgado Noguera\*;  
Carmen Daza Córdoba\*\*;

---

## RESUMEN

**ANTECEDENTES:** En el departamento del Cauca la tasa de mortalidad materna se ha incrementado en el periodo 1991-1996. En el periodo pasado de 1.5 a 2.3 muertes por 1000 nacidos vivos. Esta tasa se sitúa por encima de la nacional. La vigilancia en salud pública se ha visto afectada por el cambio de régimen de seguridad social.

**DISEÑO:** Investigación cualitativa por medio de grupos focales

**CONTEXTO:** Grupos encargados de la vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna en hospitales locales de 14 municipios del departamento del Cauca

**PARTICIPANTES:** 14 grupos de Vigilancia reunidos en 4 grupos focales, muestreados por conveniencia

**PRINCIPALES MEDICIONES:** Los grupos de vigilancia se reunieron en 4 grupos focales agrupados por vecindad geográfica y cultural buscando su homogeneidad. El promedio de participantes fue 12, con tiempo promedio de discusión de 90 minutos. La discusión se transcribió por medio de grabación de audio y video. El análisis se realizó por medio de las técnicas de identificación de temas y densidad de incidencia.

**RESULTADOS:** Los principales factores identificados por los grupos: Falta de continuidad del personal a cargo, Influencia negativa del proceso de aplicación de la nueva ley de seguridad social, Registro de datos de la mortalidad materna sin análisis, déficit de un sistema estructurado de Vigilancia en salud pública.

**CONCLUSIONES:** Los grupos focales permitieron identificar debilidades en la aplicación de una política estructurada de la dirección departamental de salud con respecto a la vigilancia de la mortalidad materna. Los intentos de aplicación de una política y un sistema de información en este aspecto han encontrado dificultades por la implementación del nuevo régimen de seguridad social en Colombia.

## INTRODUCCION

La muerte de una mujer por motivo de la maternidad debe ser objeto de preocupación entre los agentes de salud, por su trascendencia social y familiar, porque es un indicador de calidad de salud y de la vida y sobretodo porque la mayoría de las defunciones maternas se originan por complicaciones obstétricas evitables por medio de intervenciones médicas oportunas (1).

La reducción de la mortalidad materna fue acordada por todos los gobiernos de la región de las Américas, durante la XXIII Conferencia Sanitaria Panamericana en 1990, cuando se comprometieron a seguir los lineamientos y estrategias establecidas en el plan de acción de

reducción de la mortalidad materna, propuesto por la O.P.S. Este plan tiene como objetivo intervenir las causas directas e indirectas de muerte materna mediante acciones destinadas a mejorar las condiciones de vida de mujeres en edad fértil y la prestación de servicios de salud (2).

En América Latina y el Caribe la probabilidad de que una mujer muera por causas maternas durante su vida reproductiva es de 1 en 79 y el riesgo de morir durante el embarazo y el parto llega a ser más de 100 veces mayor en algunos países en desarrollo que en los desarrollados. El impacto del contexto socioeconómico sobre la mortalidad materna se expresa nítidamente en las diferencias entre países con diferente grado de desarrollo. Así, mientras en Bolivia la probabilidad de que una mujer muera por causas maternas es de 1 en 50, en Canadá es de 1 en 13.000. En Colombia es de 1 en 290, colocándose en una posición intermedia entre los países de la región. Con relación a la tasa de mortalidad materna por 1000 nacidos vivos, Colombia se sitúa, entre los latinoamericanos, en el grupo de países de tasas altas entre 0.5 y 1.4 por 1000 nacidos vivos (2).

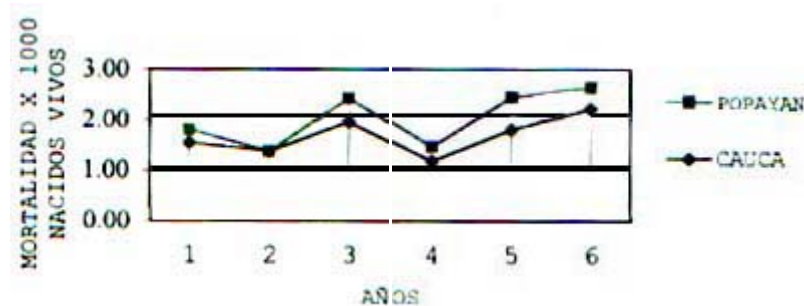
La mayor parte de las muertes que se producen por causas obstétricas directas, resultan de complicaciones del estado de embarazo mismo, del parto o puerperio o de intervenciones u omisiones en su manejo. El aborto, la toxemia, hemorragias, embolia pulmonar y la sepsis puerperal, son las causas directas de las muertes de este grupo (2). Otros factores biosociales se han relacionado con la mortalidad materna factores como: No recibir atención en el primer lugar donde se solicitó, madresolterismo, Predisposición no favorable hacia la planificación familiar, Inicio tardío del control prenatal y falta de seguridad social (3).

En Octubre de 1992 se promueve en Colombia la creación de los sistemas de vigilancia epidemiológica aplicados a la reducción de la mortalidad materna y perinatal (4,5). Este sistema realiza la captación, notificación y análisis de estas muertes, permite explicar su dinámica y planificar la prestación de los servicios de manera que se dirijan a intervenciones eficientes y oportunas(5,6). En el departamento del Cauca, se adoptó a partir de 1993 y ese mismo año los municipios inician la recolección y notificación de información para ser analizada por los Comités de Vigilancia epidemiológica departamental (COVE) (7).

A partir de 1995 la Dirección departamental de Salud en convenio con el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, adelanta un proyecto a largo plazo para reducir la mortalidad materna y perinatal en el Cauca. En este departamento la tasa de mortalidad materna se ha incrementado como puede observarse en la figura 1. En el período 1991-1996 la mortalidad materna ha pasado de 1.5 a 2.3 muertes por 1000 nacidos vivos. Esta tasa se sitúa por encima de la nacional (7). Para este trabajo se han elegido como población en estudio los grupos encargados de los programas de vigilancia porque en ellos se centran no solo los problemas que se originan en el funcionamiento de los servicios de salud, sino los derivados del acceso y de las creencias, actitudes y prácticas sobre las situaciones de salud que rodean el embarazo y el parto por parte de la población.

La técnica cualitativa de grupos focales tiene como objetivo comprender cuáles son las razones y motivaciones subyacentes a actitudes, preferencias o comportamientos de las personas e intenta recuperar el contexto y las dimensiones humanas en investigación en salud, tratando de suplir las debilidades del enfoque externo, deductivo y experimental de la investigación cuantitativa (8,9,10,11). El grupo focal es una discusión en la cual un pequeño grupo de personas conversa espontáneamente sobre temas considerados importantes para una investigación guiados por un facilitador. Permite a partir de la observación de hechos particulares generar datos válidos, variados, ricos en detalles y establecer hipótesis (8,9,11).

El objetivo del presente trabajo fue explorar aspectos relacionados con la operacionalización del programa de Vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna y perinatal en catorce municipios caucanos que hacían parte del convenio Dirección Departamental de Salud-Naciones Unidas. Por otra parte se deseaba identificar fortalezas y debilidades de los comités municipales responsables de esta actividad con el fin de tener elementos para intervenir en los puntos críticos encontrados y optimizar así la estrategia de la vigilancia.



## TASA DE MORTALIDAD MATERNA EN POPAYAN Y EL CAUCA X 1000 NACIDOS VIVOS, 1991-1996

### MATERIALES Y MÉTODOS

Entre Octubre y Diciembre de 1997, previa solicitud de análisis sobre las tendencias de la mortalidad materna y perinatal del periodo de 1985-1996 a cada uno de los 14 municipios participantes, mediante la técnica cualitativa de grupos focales se exploraron las razones, motivaciones, actitudes, preferencias y comportamientos de las personas encargadas de la vigilancia de la mortalidad materna y perinatal. El equipo de investigación lo conformaron 4 personas, dos investigadores principales (médico y enfermera) quienes actuaron siempre como facilitadores y otras dos personas que actuaron cada una como observador o escribiente.

Por conveniencia y reunidos sobre la base de vecindad geográfica, característica que tenía la ventaja de integrar también afinidades culturales y demográficas se conformaron cuatro grupos focales en los municipios cabecera de las antiguas regionales de la dirección departamental así: Popayán, Inzá, Caloto y el Bordo.

Cada grupo fue constituido en promedio por 12 personas, representantes de las instituciones de salud de la zona, participaron hombres y mujeres de diferentes profesiones y cargos, médicos, enfermeras, bacteriólogos, auxiliares de enfermería y estadística. Es importante anotar que no en todos los casos el director acudió a la convocatoria y en ningún equipo el odontólogo estuvo presente. El grado de participación y de relaciones entre funcionarios fue bueno, el nivel de involucramiento del facilitador fue alto y hubo personas dominantes; las salas de reuniones de hospitales y auditorio del Servicio de Salud sirvieron de escenarios de las discusiones las cuales duraron en promedio 90 minutos y se basaron en una serie de preguntas exploratorias derivadas de la pregunta principal de investigación: "¿Cuáles son los factores que afectan el proceso de Vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna y perinatal en su municipio?".

Las discusiones se grabaron en su totalidad en audio y una en video; la transcripción se hizo mediante procesador de texto con personal independiente. Las técnicas de análisis aplicadas fueron identificación de temas y densidad de incidencia (8,11,12) y los aspectos explorados se dividieron en factores institucionales (Condiciones y situaciones político-administrativas en las cuales se hace posible entender la situación general del programa de vigilancia) y poblacionales (Aspectos culturales, económicos, geográficos, expresados por los participantes que influyen en el control de las muertes perinatales y maternas).

La revisión teórica incluyó la búsqueda de tres temáticas principales: Operacionalización de la Vigilancia Epidemiológica, epidemiología de la mortalidad materna y perinatal y trabajos previos sobre investigación cualitativa aplicada a la Vigilancia Epidemiológica de la mortalidad materna y perinatal. Se realizó búsqueda bibliográfica en MEDLINE entre 1990 y 1998 sin encontrar artículos originales específicos sobre este último tema.

## RESULTADOS Y DISCUSIÓN

### 1. Identificación de temas

#### FACTORES INSTITUCIONALES

- Una política institucional centralizada que no favorecía la autonomía administrativa y trae como consecuencia la falta de recurso humano y financiero. Según lo expresa uno de los participantes:

"Todavía estamos funcionando de forma centralizada, por ejemplo en mi caso, presenté un proyecto de complementación a parteras por un valor de nueve millones de pesos y que pasa? Que en la dirección departamental un funcionario desde su escritorio sin conocer la problemática del municipio, sin ninguna proyección social, nos dice: doctor esa cantidad no se le puede asignar, a su municipio le corresponde trescientos mil pesos. También nos asignan una cantidad de dinero para el programa de lepra siendo que en esta zona lepra no hay. ¡Entonces! Recursos los hay pero están mal distribuidos. Esta situación afortunadamente ya empieza a cambiar con la descentralización administrativa porque ellos hacen una distribución de acuerdo a patologías sin tener en cuenta las necesidades locales. Por mucho que usted presente un plan estructurado, ellos son los que mandan".

- Con relación a gerencia de recurso humano se identificaron los siguientes factores:
- Gestión de recurso humano insuficiente por múltiples actividades administrativas y asistenciales a cargo de algunos directores.

"El nuevo marco de la seguridad social en Colombia e implementación de la ley 100 de 1993 hace que en este momento todas las actividades se centren en este proceso y que bajemos la guardia en la parte asistencial."

- Falta de continuidad e inexperiencia del personal encargado de la vigilancia. Los profesionales en servicio social obligatorio son los encargados de los programas pero al cumplir su periodo dejan el programa sin continuidad.

"En Corinto, por ejemplo, el médico rural implantó un programa de parto asistido, la partera asistía al centro hospital con su paciente, ella atendía el parto de bajo riesgo y en caso de alguna complicación allí estaba el médico. Pero cuándo esta persona terminó el año rural, se acabó el programa porque no correspondía a una política institucional y quien lo reemplaza llega con unas ideas totalmente diferentes." Auxiliar de Enfermería.

- El compromiso y motivación del personal médico y de enfermería con la vigilancia es bajo. Existen los protocolos de vigilancia, diagnóstico y manejo, los conocen pero no los aplican.

"Yo me pongo a mirar el COVE que funciona aquí, tiene la información, en muchas oportunidades podemos decir que la mortalidad está muy elevada y que vamos a disminuirla pero ¿dónde está el equipo, el médico, el enfermero y el auxiliar que va a participar en esa acción de respuesta inmediata? Siempre se plantea un ideal pero no hay respuesta en la parte operativa, entonces un COVE así no es operativo." Funcionario de la seccional norte.

"Pero por lo menos allá se reúnen y bien o mal funciona, pero en mi institución piensan que yo soy el encargado de hacer todo. Yo registro la información que me solicitan de la dirección pero nunca se analiza." Apunta una enfermera: "A las promotoras se las ha capacitado y por mas que se les insiste en la importancia que tiene la información acerca de las muertes de maternas o niños que

ocurran en sus sitios de trabajo no lo hacen. ¿Quién cambia la mentalidad a una persona que lleva 20 años trabajando y próxima a jubilarse?" Auxiliar de estadística.

- Déficit y distribución anómala de funciones del personal en las regionales.

"Si, yo si creo que el problema es de distribución de recurso humano pero no es solo ese: en algunos municipios han cancelado contratos entre ellos a las promotoras sociales, los cancelaron porque no hay con que pagarles, esas áreas en estos momentos están descubiertas, mientras que una promotora rural tiene a su cargo 150 familias y una urbana mas o menos 200, la promotora social no alcanzaba a tener ni cincuenta familias, entonces yo digo! La distribución del recurso humano no estaba bien. "Claro! No está bien" responde otra auxiliar de enfermería. "Porque nosotras tenemos recarga de trabajo Ah! Nooo... mientras en unos hospitales solo tienen que ver un programa nosotras tenemos a cargo tres o cuatro programas, lógico no está bien". Enfermero.

- Las relaciones inter-institucionales tanto administrativas como asistenciales influyen directamente sobre aspectos de la mortalidad materna y perinatal.

- Falta de retroalimentación en la información sobre los partos atendidos en instituciones de salud.

"Yo quiero expresar el sentir nuestro respecto a la mortalidad materna y perinatal. Los aspectos relacionados con flujo de información, limpieza del dato, seguimiento y retroalimentación, si, representan un problema de vigilancia pero la falta de información y seguimiento son causas del mal funcionamiento del programa, en la Unidad Popayán no atendemos partos, estos se atienden en los hospitales: San José, Susana López, Comsalud (Una IPS local) e ISS ¿y qué pasa con eso? No recibimos retroalimentación sobre la situación final del parto." Medico general.

- Falta de fiscalización y control de recursos de la Vigilancia Epidemiológica Departamental. Los entes encargados de fiscalizar los recursos y gerenciar la vigilancia epidemiológica departamental. (Vigilar y controlar los recursos financieros y el cumplimiento vigilancia en las direcciones locales, ARS e IPS) no lo hacen o su acción es limitada. Este hecho debilita el sistema a todo nivel. Ejemplo de ello son los problemas ya mencionados relacionados con el flujo de información, la prestación del servicios, la oportunidad y confiabilidad en el diagnóstico y la búsqueda de mercado sin control en materia de salud por parte de las ARS.

Por otra parte, es relevante resaltar la actitud positiva y el alto grado de compromiso demostrados por algunos grupos participantes:

"En Popayán, antes de 1996 no existían registros de la mortalidad materna y perinatal, ante el incremento de las tasas de mortalidad, según los datos presentados al inicio de esta sesión, nuestra preocupación fue tal, que en la Unidad Popayán, se trató de dar un gran empuje al trabajo interinstitucional en promoción y prevención, se han realizado talleres educativos de salud sexual y reproductiva, control prenatal, planificación familiar, y se implementó el modelo biosicosocial de atención a la gestante que ha servido muchísimo."

"Yo considero que hemos mejorado en muchos aspectos, al menos en mi municipio (El Tambo) antes se tenía 4 promotoras, ahora hay 32, antes se hacía presencia en 11/210 veredas, ahora en 90/210, se realizó capacitación a parteras, se implementó una red de urgencias, se colocaron radioteléfonos y se aumentó el número de automotores. Esperamos con estas acciones facilitar las comunicaciones, el flujo de información, incrementar la atención del parto institucional y disminuir y/o controlar la mortalidad materna y perinatal".

## **FACTORES POBLACIONES**

- Aspectos económicos: Los funcionarios perciben que los usuarios tienen la creencia del alto costo de los partos institucionales y por lo tanto creen que la tendencia a la atención del parto por parteras es cada día mayor. También captan las dificultades para acceder a los sistemas de afiliación del régimen subsidiado y las deficientes relaciones interinstitucionales entre las empresas que realizan la afiliación y las que prestan el servicio. Así lo expresa uno de los participantes:

"Las empresas solidarias no quieren gastar recursos, las pacientes no firman la facturación de la atención que se les presta en el hospital, dicen: A mí me dijeron que no firmara esa factura porque me quitan plata de la que me corresponde por este carnet."

- Culturales y geográficas: Las diferencias culturales relacionadas con el control prenatal y la atención del parto hacen que las maternas busquen diferentes formas de atención de acuerdo a sus creencias; los funcionarios han encontrado mujeres que hacen el control prenatal en el hospital y a la hora del parto llaman la partera. También han percibido el rechazo de las maternas a la atención hospitalaria. Las madres se quejan de falta del trato considerado por parte del personal hospitalario.

"Nosotros estamos viendo por parte de las usuarias el rechazo a acudir al hospital, tenemos el caso de una paciente de la zona urbana con un mortinato de 23 semanas hizo una hipoxia fetal intrauterina y una hipertensión materna, en este caso la paciente nunca fue al hospital la información se consiguió posterior al hecho."

La accesibilidad geográfica, el estado de las vías, las rutas y horarios de los medios de transporte son factores

que influyen en la atención de parto en las instituciones. En algunos municipios no hay carreteras sobre todo al sur del departamento; en otros el problema es el horario en las rutas. A estos factores, se suman los costos derivados del pasaje y el desplazamiento.

## 2. DENSIDAD DE INCIDENCIA

El segundo método de análisis es la Densidad de Incidencia la cual es definida como el número de veces que un tema es mencionado en cada grupo (El numeradores el número de veces que se menciona el tema y el denominador es el total de los grupos focales). La información así estructurada es de ayuda porque permite conocer la *relativa importancia* de temas identificados y expresados los participantes en cada uno de los grupos y aportes de los cuatro grupos en conjunto por los participantes. En esta ocasión también se estableció la diferenciación entre factores que afectan la Vigilancia Epidemiológica en el ámbito institucional y a escala poblacional. Como se puede observar en el Cuadro 1, hubo temas que se potencializaron y otros que emergieron.

### FACTORES INSTITUCIONALES Y POBLACIONES QUE AFECTAN EL PROCESO DE VIGILANCIA MATERNA Y PERINATAL

NIVEL INSTITUCIONAL	NIVEL POBLACIONAL
<b>TEMAS QUE SE POTENCIALIZARON</b>	
La falta de un sistema estructurado de vigilancia epidemiológica (Existencia de acciones para el control de la maternidad materno-perinatal sin obedecer a un programa estructurado0): 4/4	Conocimiento no sistemático de las diferencias culturales que puedan afectar la continuidad del control prenatal: 3/4
Desconocimiento de los funcionarios del proceso de descentralización en salud, causó impacto negativo a nivel de las instituciones en los programas de de viqilancia (Información.	Desconocimiento de la población acerca proceso de descentralización en salud, causó impacto negativo en los programas de viqilancia (Las usuarias del control

carnetización y prestación de los servicios, facturación).4/4	prenatal no volvieron al hospital): 4/4
Falta de continuidad del personal profesional del programa: 4/4	Creencias erróneas de la comunidad acerca del costo del parto institucionalizado: ¾
Registro de datos de mortalidad sin análisis (La información del COVE no se utiliza en la planeación de acciones o programas preventivos) 3/4	Aspectos geográficos de acceso, rutas, horarios y costos de transporte que entorpecen la continuidad del control prenatal 3/4
Ausencia de coordinación interinstitucional (Hospitales, ISS, ARS) en el sistema de vigilancia:3/4	Control prenatal irregular e incompleto en zona urbana: ¾
trastornos en la continuidad del control prenatal por directas entidades ofreciendo el servicio: 3/4	
<b>TEMAS QUE EMERGIERON</b>	
Escasez de recursos económicos para el desarrollo del programa: 2/4	Dificultades económicas que desfavorecen la atención del parto institucionalizado y por ende el sistema de vigilancia: 1/4
Falta de información sobre la mortalidad materno-perinatal por parte de las empresas de medicina prepagada: 2/4	Percepción de frecuencia creciente de Embarazo en adolescentes: 1/4
Formación universitaria con déficit en aspectos de atención primaria, labor social y administración en salud: 2/4	Diferencias culturales que no favorecen la comunicación con las maternas: 1/4
	Incremento de la atención del parto por parteras: 1/4

## DISCUSIÓN

En términos generales, puede considerarse una apreciable coherencia en las discusiones entre las principales preocupaciones de los equipos de vigilancia ante el problema de la mortalidad materna y en la identificación de factores que afectan el proceso de la vigilancia y la formulación de propuestas para emprender el camino de las soluciones. Esto permite afirmar que existe entre los participantes conocimiento del problema. Siendo así, la pregunta sigue siendo: ¿Porque no se aplican las medidas existentes para superarlo?

La dependencia administrativa de la dirección departamental, la transición hacia un nuevo modelo de seguridad social en salud, la duplicidad de funciones administrativas y asistenciales de algunos funcionarios, análisis incompleto de las muertes ocurridas que generalmente no conducía a intervenciones oportunas y adecuadas, la falta de importancia dada a este problema por parte de algunos directores, la actual forma de contratación de prestación servicios de salud, el desconocimiento tanto del personal de salud como de la comunidad del funcionamiento del nuevo sistema de seguridad social que produjo rechazo y disminución en la demanda de atención institucional del control prenatal y del parto son hechos claves que favorecen y perpetúan la presencia del problema más no lo justifican. Podríamos establecer la hipótesis que la falta de estructuración de un sistema de vigilancia en medio del cambio de modelo de salud y seguridad social produce una actitud en las personas lo que hace que el problema se perpetúe.

Por otra parte la escasez de personal o la distribución del mismo en la institución sin criterios claros se combinaba con debilidades en el conocimiento del contexto social y cultural y por lo tanto la aproximación comunicativa con las mujeres embarazadas y en edad reproductiva era difícil, principalmente en los municipios cuya composición étnica era variada (Guambianos, Paeces y/o comunidades afrocolombianas). Estos hechos ya se han relacionado con el incremento de mortalidad materna (13).

Se sugiere la constitución de una política estructurada de la Dirección Departamental de Salud en la vigilancia epidemiológica de la mortalidad materno-perinatal que esté inmersa en los retos de un concepto ampliado de salud materna (14) y que tenga en cuenta aspectos como: formación de recurso humano basado en un programa de capacitación continua (La capacitación debería incluir formación socio-antropológica), apoyo a la gestión de los sistemas de vigilancia como proyectos con asignaciones presupuestales para recurso humano y logístico, continuidad del personal profesional responsable en el programa, optimización de la comunicación interinstitucional, fortalecimiento del modelo biosicosocial, estructuración del sistema de información y registro en las historias clínicas prenatales, elaboración y difusión de protocolos del sistema de vigilancia de la mortalidad materno-perinatal, y fortalecimiento operativo y decisorio de los COVE. Es posible que una política estructurada de esta manera ayude a revertir la tendencia ascendente de la mortalidad materna en la región.

## **AGRADECIMIENTOS**

A John Arcila, Carlos Caicedo, Claudia Díaz, Jaime Martínez, John Reyes, Yamil Sandoval, alumnos de la facultad de Ciencias de la Salud, quienes colaboraron en la conformación y conducción de los grupos focales.

---

## **BIBLIOGRAFIA**

1. Mora G, Yunes J, Mortalidad materna: una tragedia ignorada. En género, mujer y salud en las Américas, publicación científica No. 541, OPS, Washington, 1993
2. Plan de acción regional para la reducción de la mortalidad materna en las Américas, Bol Of Sanit Panam 110(5),1991.
3. Echeverry ML, Loaiza IB, Vélez LM Vigilancia epidemiológica en mortalidad materna y perinatal en Antioquia, Boletín epidemiológico de Antioquia, 1993;18:40-46.
4. Dirección seccional de salud de Antioquia, Oficina de Epidemiología, Protocolos de Vigilancia epidemiológica, 4ª. Ed. Medellín, 1996.
5. Tapia R. La importancia de la vigilancia epidemiológica en los servicios de medicina preventiva, Epidemiología, Sistema nacional de Vigilancia epidemiológica, México, 13; 32. Agosto 1996.
6. Dirección Seccional de salud del Cauca. Informes sobre vigilancia epidemiológica de la mortalidad materno-perinatal en municipios del Cauca. Popayán, 1997
7. Bender D, Ewbank D. The focus group as a tool for health research: issues in design and analysis, Health Transition Review vol 4 N°1, 1994
8. Vong Ek, P Focus group technique En Youdummen-Attig B, Attig, G, Boonchalansky V. A field manual on selected qualitative research methods, Mahidol University, Thailandia, 1989.
9. Wilms D Johnson N Focus groups. En: Essential in Qualitive research. A note-book for the field. Documento interno no publicado. McMaster University, Canadá
10. Maholtra NK, Investigación de Mercados, Simon&Schuster Co. México, 1997, cap. 5.



# POR UNA Por una Maternidad Segura en Bolivia

La Iniciativa por una Maternidad sin Riesgos es un esfuerzo global que tiene el propósito de reducir las muertes y enfermedades de las mujeres, especialmente en los países en desarrollo; para esto, los asociados a la Iniciativa apoyan y conducen actividades que promueven la maternidad sin riesgos en el contexto de programas de salud reproductiva más amplios.

La muerte debida al embarazo o al parto es una injusticia social, porque más del 99% de los casos ocurre en las naciones menos desarrolladas. El cuidado materno básico, como parte del desarrollo sostenible, cuesta en promedio \$US 3 por persona en las naciones pobres.

## Conceptualización

La mortalidad materna es una tragedia humana, una injusticia social y una violación del derecho a la vida. Las muertes maternas están asociadas a complicaciones del embarazo, el parto, el postparto o el aborto, las causas que las provocan son evitables.

La tasa de mortalidad materna es un indicador indirecto del estado de desarrollo de una nación. Bolivia, registra la cifra más elevada en la región de las Américas y El Caribe - exceptuando Haití- así como las mayores necesidades de salud, de acuerdo con el Plan de Reducción de la Mortalidad Materna para la Región de las Américas, elaborado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

Las causas biológicas de mortalidad materna son prácticamente las mismas desde hace décadas: hemorragias, toxemia e infecciones, y no variarán en tanto el indicador persista elevado. Se sabe, así mismo, que detrás de estas causas hay otras más complejas: déficit de salud; falta de transporte, comunicaciones y suministros; la mujer y su familia no saben reconocer los signos de riesgo; tardanza en la toma de decisión de acudir al servicio de salud; demanda tardía de atención calificada; respuesta institucional deficiente o insuficiente; discriminación cultural y de género.

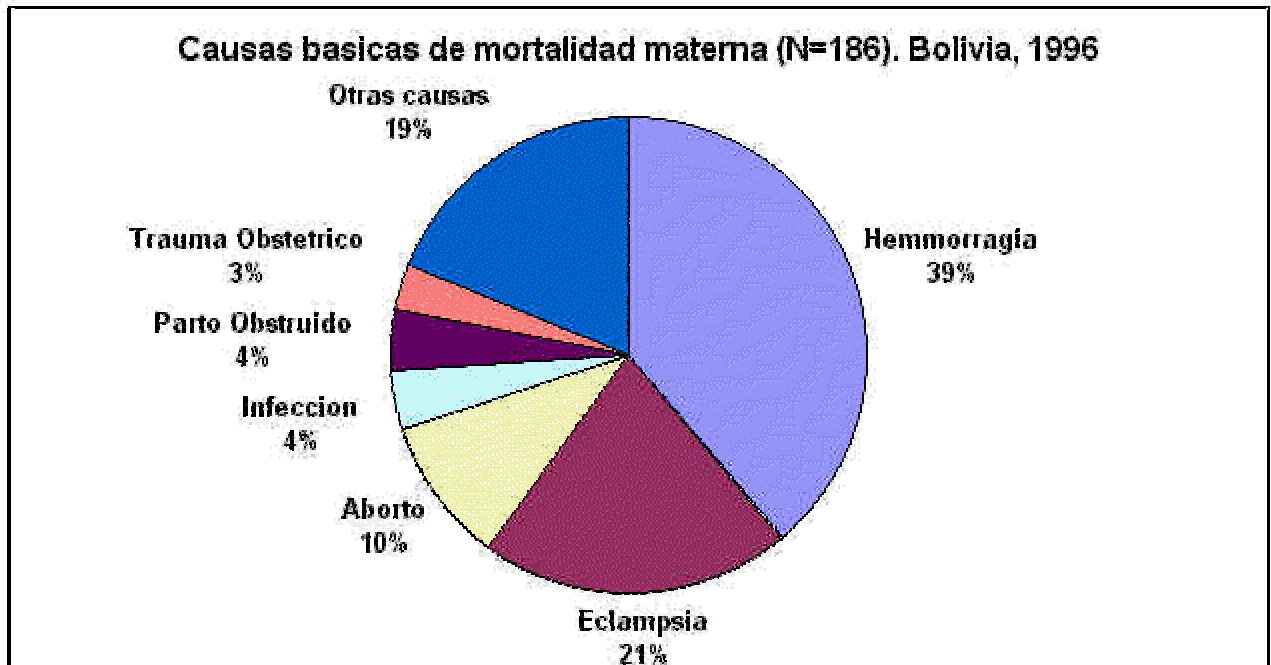
Por todo esto, la Maternidad sin Riesgo, una iniciativa mundial lanzada en 1987, en Nairobi, pretende: "asegurar que todas las mujeres tengan acceso a una gama de servicios de salud sexual y reproductiva asequible y de alta calidad, en especial servicios de cuidado materno y tratamiento de emergencias obstétricas, con el fin de reducir la mortalidad y morbilidad materna".

## La situación nacional

En Bolivia, cada 2 minutos 1 mujer queda embarazada. Datos nacionales sugieren que de las aproximadamente 285.000 gestaciones que ocurrirán este año, tal vez el 60% no sean deseadas, por lo que cada 60 minutos, 5 mujeres recurrirán al aborto. Habrá alrededor de 100.000 embarazadas y puerperas que sufrirán algún tipo de complicación de su salud, de

las que 1.000 morirán. Estas muertes significarán alrededor del 24% del total de defunciones de mujeres en edad reproductiva.

En Bolivia, el riesgo de muerte por causa obstétrica es de 1 en 45, comparado con 1 en 8 de Angola, 1 en 289 de Colombia y 1 en 8.700 de Suiza. Este riesgo ocasionará orfandad materna a 2.800 niños y niñas menores de 10 años.



En razón a que la tasa de mortalidad materna es un indicador difícil de cuantificar (porque - entre otras razones- todavía hay muchos nacimientos y muertes maternas en domicilio) y que es un indicador de resultado más que de proceso, se recurre también a otros indicadores que reflejan las condiciones de la salud materna. Así, el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), al igual que otras agencias, ha identificado, mediante un grupo de trabajo, un conjunto de indicadores de proceso que pueden ayudar en la evaluación de la salud reproductiva y los programas pertinentes.

El cuadro siguiente muestra el estado de varios de ellos y las mejoras que el país ha conseguido en los últimos 10 años.

---

**BOLIVIA: EVOLUCION DE ALGUNOS INDICADORES DE LA SALUD  
MATERNA  
OBTENIDOS MEDIANTE LAS ENCUESTAS DE DEMORAFIA Y SALUD**

INDICADORES	ENDSA (1989)	ENDSA (1994)	ENDSA (1998)
1. Porcentaje uso todos los métodos anticonceptivos	30,3	45,3	48,3
2. Porcentaje uso anticonceptivos modernos	12,2	17,8	25,2
3. Mujeres en edad fértil casadas que desean posponer o dejar de tener hijos, pero que no usan métodos anticonceptivos (%)	58,4	24,3	26,1
4. Tasa de fecundidad adolescente x 1000	94	94	84
5. Número promedio ideal de hijos	2,6	2,5	2,6
6. Tasa global de fecundidad (prom. hijos x mujer)	5,1	4,8	4,2
7. Tasa bruta de natalidad x 1000 habitantes	---	34	32
8. Cobertura de control prenatal (%)	44,9	52,5	69
9. Cobertura atención de parto en hospital (%)	37,6	42,3	55,9
10. Nacimientos asistidos por personal capacitado (%)	42,4	47,2	59,3
11. Nacimientos asistidos por médico (%)	37,8	42,7	55,5
12. Nacimientos por cesárea (%)	7,9	---	---
13. Mortalidad materna x 100 000 nacidos vivos:			
- área urbana (alrededor 1991)	274	---	---
- área rural (alrededor 1991)	524	---	---
- altiplano (alrededor 1991)	602	---	---
- valles (alrededor 1991)	293	---	---
- llanos (alrededor 1991)	110	---	---

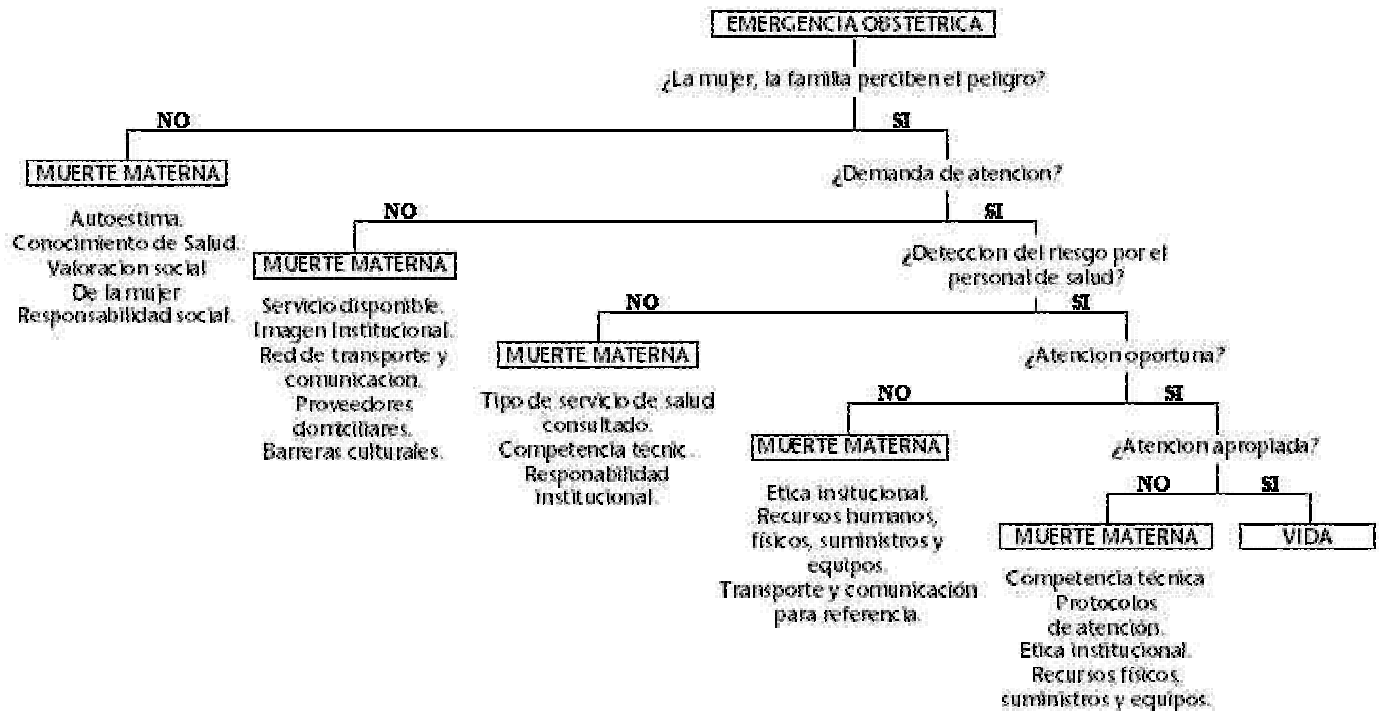
---

¿Cuál es el problema?

Sobre un sustrato de pobreza e inequidad, la muerte materna es consecuencia de **una emergencia obstétrica no atendida o mal atendida**, es decir de una complicación aguda que amenaza la vida de la madre y de su bebé. Estas complicaciones requieren atención oportuna y adecuada, por cuanto la muerte materna es un hecho repentino, en la medida que ocurre cuando nadie está preparado porque no se espera que suceda.

Las demoras que se han identificado antes y durante la atención de salud indican la complejidad de un problema que no es posible resolver únicamente mediante el desarrollo de los servicios de salud. El esquema muestra las diferentes situaciones que pueden conducir a una emergencia obstétrica y, según cada caso, a la muerte, de la madre y/o de su bebé.

## CINCO NIVELES DE PROBABILIDAD DE MUERTE MATERNA A PARTIR DE UNA EMERGENCIA OBSTETRICA



El deceso de una embarazada es, habitualmente, consecuencia de más de un problema (demora o barrera a nivel familiar, comunitario y/o del servicio de salud), en el que mucho tiene que ver la situación social de la mujer.

- Hay mujeres que no reconocen las señales de peligro y por tanto no perciben su necesidad y derecho a ser atendidas por una persona capacitada.
- Otras, pueden reconocer el peligro, pero por su condición social, cultural y de género, no saben que tienen la necesidad y el derecho a ser asistidas.
- Un tercer grupo de mujeres, aquellas que perciben el peligro y sus derechos, no saben qué hacer, a dónde ir, cómo enfrentar el problema, tal vez porque no tienen poder de decisión.
- Hay otras que reconocen el peligro, sus derechos y saben qué hacer, pero deciden permanecer en su casa porque no hay con quién dejar los hijos, o no tienen dinero para pagar el transporte, o no hay una persona que las acompañe hasta el hospital, o éste queda lejos.
- Un quinto grupo podría ser el de las mujeres que reconocen el peligro, están conscientes de sus derechos y saben cómo actuar y actúan, pero acuden a personas poco competentes o al sitio menos indicado.
- Finalmente, hay embarazadas que conocen las señales de peligro y sus derechos ciudadanos, saben qué hacer y dónde ir. Algunas tardan en decidirse y corren el riesgo de morir; incluso algunas que decidieron a tiempo pueden recibir atención deficiente y/o inoportuna.

En razón a que toda muerte materna constituye **una tragedia**, para la pareja, para los hijos, para su familia, para la comunidad; las investigaciones, los programas y políticas para la reducción de la mortalidad materna, durante la última década, sugieren que hay estrategias eficaces para disminuir y evitar la mortalidad materna: la intervención más importante y más eficaz es asegurar que cada parto sea atendido por una persona calificada. Para que esto sea una realidad, un factor esencial es que **todas las mujeres bolivianas** y sus familias conozcan los signos de peligro durante el embarazo, el parto y el postparto; que sepan el derecho que tienen de ser atendidas con prontitud y respeto; que asuman a tiempo la decisión de solicitar asistencia calificada, que tengan un plan de acceso donde determinen el transporte que será usado, el o la acompañante, dinero necesario así como la persona que se quedará en la casa a cargo de la familia y, que sean asistidas con calidad, calidez y respeto por su cultura.

La importancia de lo anterior adquiere mayor valor cuando se reconoce, por ejemplo, que las mujeres de áreas rurales y de pueblos indígenas son más vulnerables y por tanto enfrentan un mayor riesgo de muerte durante el embarazo, al parto y el postparto. Esta vulnerabilidad se hace evidente dados los altos indicadores de pobreza en estas poblaciones, así como el bajo nivel de educación, el difícil acceso a los servicios, las barreras socio-culturales y lingüísticas, etc.

Logros

Algunos de los avances nacionales en beneficio de la Maternidad sin Riesgo pueden ser enunciados de la siguiente manera.

#### **Una reposición oportuna**

La comunidad nacional ha logrado poner en el tapete el tema de la mortalidad materna y la injusticia que representa. Los esfuerzos se iniciaron con el Plan Nacional de Supervivencia Infantil y Salud Materna en 1990. Continuaron en abril de 1993, en Santa Cruz de la Sierra, cuando bajo los auspicios del Ministerio de Salud Pública, de Family Care International y de otras agencias, delegados de Bolivia, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela, y representantes de agencias multilaterales, donantes y organismos internacionales, se reunieron para discutir sobre las dimensiones del problema en la Conferencia Andina sobre una Maternidad Sin Riesgos.

Han habido importantes esfuerzos para operacionalizar las recomendaciones de la Conferencia de parte del sector gubernamental, no gubernamental y de las agencias de cooperación internacional. Una de ellos fue la puesta en práctica del Plan Vida para la Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna en 1994.

#### **Comité por una Maternidad Segura**

La creación del Comité por una Maternidad Segura (8 febrero 1996) fue una de las primeras respuestas que dio el país a la Declaración Andina para una Maternidad sin Riesgo, como un mecanismo de coordinación interinstitucional e interagencial destinado al seguimiento y evaluación de las acciones orientadas a la reducción de la mortalidad materna. Este comité está liderado por el Despacho de la Primera Dama de la Nación, que tiene como brazo técnico al Ministerio de Salud y Previsión Social.

#### **Mejoramiento de las coberturas de salud**

En prestación de servicios, las encuestas de Demografía y Salud revelan hechos ciertamente optimistas, por cuanto, tal como es posible apreciar en el cuadro de indicadores de progreso, ha ocurrido un incremento en la cobertura de atención prenatal, del parto hospitalario y de la planificación familiar, merced a una mejor oferta programática. Esto es coherente con el repunte de los derechos individuales en salud de las mujeres, traducido en la reducción de la tasa global de fecundidad. Sin embargo, el área rural continúa como el Talón de Aquiles del sistema de salud boliviano.

Los anteriores indicadores, tal como ha sido precisado por OPS y el UNFPA, permiten un acercamiento a la realidad de salud durante el embarazo, el parto y el postparto y nos permiten medir los progresos.

### **Reparando**

### **injusticias**

La creación del Seguro Nacional de Maternidad y Niñez, y luego del Seguro Básico de Salud, son acciones de justicia social en favor de la salud ciudadana. El Seguro Básico amplía las prestaciones gratuitas incorporando -entre otras- la atención de las complicaciones del aborto, la detección y tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual (exceptuando el SIDA) y programas de salud reproductiva.

### **El**

### **consenso**

En el contexto post Cairo, con un esfuerzo político y técnico destacable, el país, con el Ministerio de Salud y Previsión Social a la cabeza, se comprometió a trabajar para demostrar y aceptar que la salud reproductiva es mucho más que planificación familiar. Esto redundó en la estructuración de una oferta más integral.

Asimismo, el Ministerio de Desarrollo Sostenible y Planificación, a través de la Unidad de Políticas de Población, ha generado un informe sobre la situación en Bolivia de los compromisos asumidos en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, realizada en El Cairo en 1994. El informe contiene, entre otros, los avances que el país ha logrado en materia de salud sexual y reproductiva.

Los indicadores propuestos por el UNFPA para evaluar la salud reproductiva y los programas que la operacionalizan, ayudarán a mejorar la actual visión productivista de los indicadores, e incorporar aspectos relativos al proceso y a los resultados.

### **Información**

### **para**

### **la**

### **acción**

La vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna, otra recomendación de la Conferencia Andina para una Maternidad sin Riesgo, y del Plan Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna en las Américas, fue iniciada formalmente en Bolivia el 9 de diciembre de 1994.

Hoy, gracias a esta estrategia, que no pretende establecer la tasa de mortalidad materna sino los entretelones sociales y médicos de las defunciones, nos ha enseñado, por ejemplo, que el promedio de edad al morir es diferente por departamento; que la eclampsia es la primera causa de muerte materna en Santa Cruz; que la rotura del útero no ha desaparecido como causa de muerte.

### **Algo**

### **más**

### **que**

### **evidencias**

Las tres encuestas nacionales de Demografía y Salud son otros tantos hitos, costosos pero útiles. ¿De qué otra manera hubiera sido posible saber lo que sabemos?. Por ejemplo, la tasa de mortalidad materna establecida por el ENDSA-94, y que corresponde más o menos al año 1991, con sus dramáticos datos es el punto de partida imprescindible para que el país de seguimiento a sus compromisos de disminución de la mortalidad materna. Actualmente, el Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 1999-2002 establece como meta para la reducción de la mortalidad materna en 35% para el año 2002.

### **Espacios**

### **para**

### **el**

### **análisis**

### **y**

### **la**

### **discusión**

El Comité Nacional de Salud Reproductiva y, ahora, el Foro Nacional para la Salud Sexual y Reproductiva, constituye un espacio estratégico de diálogo y coordinación sobre la temática, gracias a la participación de organizaciones públicas, no gubernamentales y personas interesadas, a fin de promover la salud y los derechos sexuales y reproductivos e impulsar políticas y programas.

### **Otros logros**

- Normas para la atención integral a la salud de la mujer, por niveles de atención, cuya elaboración y validación ha sido realizada de forma colaborativa con, por ejemplo, el Proyecto MotherCare Bolivia

- Centros de Capacitación en Salud Reproductiva, en vez de capacitaciones teóricas en masa.
- Centros de Capacitación en el manejo de emergencia obstétrica y neonatal en los departamentos de La Paz y Cochabamba.
- Ampliación de la oferta en la gama de métodos anticonceptivos, con la pronta incorporación, luego de un proyecto piloto exitoso, de los inyectables hormonales, cuya presencia y utilización en Bolivia ha sido establecida por las ENDSA.
- Evaluación de la Salud Reproductiva en Bolivia, gracias a un convenio de colaboración con la Organización Mundial de la Salud y el Population Council.
- Campañas de IEC para mejorar los conocimientos y la demanda de servicios en salud sexual y reproductiva, salud materna e infantil.

### Desafíos

Se reconoce que una mayoría de muertes maternas pueden ser evitadas si, por una parte, se logra desarrollar los servicios de salud con la tecnología disponible y, por otra, si se adoptan medidas sociales destinadas a reducir las brechas entre regiones y entre grupos demográficos.

Por otra parte, la Iniciativa sobre Maternidad sin Riesgos ha aportado diversas experiencias que permiten afirmar que a través de programas y políticas sabemos **qué hacer** para reducir la mortalidad materna, aunque cada país deberá imaginar el **cómo hacer**.

Para que la salud y los derechos reproductivos de la mujer sean una realidad, los mensajes claves para ser tomados en cuenta en programas y políticas son:

- Reconocer que la mortalidad materna es una injusticia social, y llevar a la práctica medidas políticas, legales y sanitarias que ataquen las causas de la precaria salud materna.
- Tomar en cuenta las desigualdades y discriminación de género, que impiden a las mujeres ejercer su derecho a la salud y atención igualitaria.
- Que todos los partos sean atendidos por personal de salud capacitado, como la forma más eficaz y directa de reducir la mortalidad materna.
- Garantizar que toda mujer embarazada tenga acceso a servicios integrados de salud materna de alta calidad, tanto en condiciones normales como durante una emergencia obstétrica.
- Dar preferencia a la medición del progreso de la salud materna antes que a la determinación de la tasa de mortalidad.
- Invertir en programas costo-eficientes de maternidad sin riesgo.

Asimismo, las acciones específicas que deben considerarse para mejorar la situación de la mortalidad materna y la situación de las mujeres bolivianas, entre otras, son:

- Reducir la brecha sanitaria entre las áreas urbana y rural. Si esta situación es postergada, Bolivia no podrá cumplir metas de reducción acordadas internacionalmente para el año 2000 (mortalidad materna, mortalidad infantil, entre otras).
- Invertir para que todos los servicios atiendan la salud sexual y reproductiva de manera integral.
- Que los municipios y las comunidades identifiquen estrategias de transporte y comunicación para todas las embarazadas y parturientas, y no solamente para los casos de emergencia obstétrica.

- Atención de calidad desde una perspectiva de género y de interculturalidad.
- Desarrollar estrategias para promover el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos.
- Asegurar la participación masculina en la esfera de la salud materna y la maternidad segura.
- Los y las adolescentes deberán tener acceso a información y servicios sobre salud sexual y reproductiva para la prevención de los embarazos precoces.
- Profundizar la vigilancia epidemiológica de la salud materna, con miras a descubrir entretelones y planear investigaciones clínicas y epidemiológicas.
- Mejorar la cobertura del SNIS y la calidad de sus datos en salud sexual y reproductiva.
- Mejorar el registro de la certificación médica de defunción, mediante la ampliación del espacio correspondiente y la incorporación en el certificado del registro civil de una pregunta pertinente, tal como lo recomiendan OPS y OMS, que permita evitar el subregistro de mortalidad materna.
- Promover la aplicación, previa selección, de los indicadores propuestos por el UNFPA para evaluar la salud sexual y reproductiva y los servicios pertinentes.

## BIBLIOGRAFIA

- Family Care International. La Maternidad sin Riesgos en América Latina y el Caribe. Aspectos socio-culturales y demográficos de la salud materna. Nueva York: FCI; 1993.
- Family Care International. The Safe Motherhood Action Agenda: Priorities for the Next Decade. Colombo: Interagency group for the safe motherhood; 1998.
- Fondo de Población de las Naciones Unidas. Salud y derechos sexuales y reproductivos en América Latina y El Caribe. Pobreza e inequidad de género. Santiago de Chile: UNFPA; 1997.
- Fondo de Población de las Naciones Unidas. Indicadores para evaluar la salud reproductiva y los programas pertinentes. Revista Panamericana de Salud Pública. 1998;3(1):62-68.
- Médicos Consultores. Emergencia Obstétrica. En: MEDICON. Obstetricia Práctica. La Paz: Stampa Gráfica Digital; 1997:61-74 (Temas de Ginecología y Obstetricia No.5). Ministerio de Previsión Social y Salud Pública, Family Care International. Declaración Andina para una Maternidad sin Riesgos. Santa Cruz de la Sierra: FCI; 1993.
- Secretaría Nacional de Salud, Dirección de la Mujer y el Niño. Situación de la vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna y perinatal en Bolivia - 1996. La Paz: Sonoviso Comunicaciones; 1997.
- Ministerio de Desarrollo Sostenible y Planificación. Seguimiento del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo. Informe Nacional. La Paz: Editorial LUX; 1998.
- Ministerio de Salud y Previsión Social. Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 1999-2002. La Paz: Industrias Offset Color SRL; 1999.
- Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Evaluación del Plan de Acción Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna. Washington, D.C.: OPS/OMS; 1996.

- Organización Panamericana de la Salud. La salud reproductiva: parte integrante del desarrollo humano. Revista Panamericana de Salud Pública. 1998;4(3):211-217.
- Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Demografía y Salud (1989, 1994 y 1998). La Paz, INE