

Propuesta de trabajo : realizado por la oficina de epidemiología de Arequipa con apoyo del Dr. Harry Paz Apolo con la finalidad de incorporar a Defensoria del Pueblo en el análisis de sus resultados.

# **MUERTE MATERNA Y PERINATAL EN AREQUIPA TACNA Y MOQUEGUA BAJO UN ENFOQUE DE DERECHOS**

**Dr. Percy Miranda Paz**

*Tras la superación del régimen autoritario de la década pasada se abrió una nueva oportunidad para hacer del Perú una verdadera República de ciudadanos, vieja promesa de la vida peruana, como recordaba Jorge Basadre.*

*Sin embargo, realizar esa promesa exige una serie de reformas institucionales, algunas de ellas ya iniciadas: Profundizar en la descentralización y buen gobierno, al tiempo de insistir en la construcción de una carrera y un servicio público de alta calidad; reimpulsar las reformas militar y policial; afirmar el rol regulador del Estado a favor de los ciudadanos, en la prestación de los servicios públicos; revertir las graves y seculares deficiencias del sistema de justicia, así como atender las recomendaciones de la Comisión de la Verdad y Reconciliación, entre otros importantes temas.*

*Se trata en definitiva de desarrollar las reformas que pongan al Estado al servicio de la ciudadanía, tarea imprescindible si queremos construir el país que todas y todos queremos.*

*Walter Albán Peralta  
Defensor del Pueblo en funciones*

## **I. PRESENTACION**

La muerte materna en nuestro país es un grave problema de salud pública, muy relacionado a las condiciones sanitarias de la pobreza y comunidades donde la accesibilidad a los servicios de salud aun son limitados, la muerte de una madre es la dramática expresión de las inadecuadas condiciones de vida e inequidad de genero en la familia y en sociedad, por cuanto va acompañada de una desintegración familiar y muerte infantil, por lo tanto la muerte de una madre significa para el País mayor empobrecimiento.

La Defensoria del Pueblo considera a la salud como uno de los derechos de mayor connotación en la sociedad, por cuanto se trata de los derechos a la vida y a la integridad del ser humano.

Según los términos de referencia se ha logrado elaborar el presente documento técnico, de carácter diagnóstico sobre la situación de la mortalidad materna e infantil en tres departamentos del sur del País (de Arequipa, Tacna y Moquegua) poniendo especial énfasis en los factores que caracterizan a las poblaciones más pobres y excluidas.

La condición de embarazo de una mujer y el curso hacia la culminación de un producto sano y saludable, conlleva un permanente riesgo de muerte, y que no puede ser aceptado más como un hecho de la naturaleza (10), hoy se cuenta con el conocimiento y la tecnología apropiada para prever y salvar la vida de la gestante que presenta complicaciones. Las causas inmediatas de la muerte materna son en su gran mayoría el resultado de las condiciones de inequidad en que la mayor parte de las mujeres que viven en zonas rurales y de poca accesibilidad a los servicios de salud.

Los problemas de muerte materna bajo un enfoque de derechos, nos obliga a observar los diferentes procedimientos en la atención empírica o profesional de la gestante y que muchas veces hay excesivos o insuficientes procedimientos que son expresión de una excesiva o nula tecnología médica y su uso indebido afectan a la mujer en todos los estratos socioeconómicos y culturales, pero que tiene mayor connotación en las mujeres de menores ingresos cuya ignorancia y pobreza agudizan su problema. Toda mujer debe ser informada sobre exámenes o medios de diagnóstico a la que será sometida, y los riesgos y costos que ello acarrea y además debe existir una información precisa y adecuada de todo procedimiento o uso de terapias fruto de la tecnología médica.

Se debe advertir que los departamentos en estudio (Arequipa, Tacna y Moquegua) son aquellos que en el Análisis de situación de salud del País ("ASIS" 2003) expresan los mejores indicadores de salud, incluyendo los de mortalidad materna e infantil (ASIS), pero que destacan la importancia del presente estudio por cuanto los promedios nacionales y departamentales esconden grandes diferencias entre las poblaciones rurales y postergadas frente a poblaciones urbanas y concentradas y muchas veces con mayor accesibilidad a los servicios produciéndose en su análisis un enmascaramiento epidemiológico.

La muerte perinatal representa la suma de la muerte fetal tardía y la muerte neonatal precoz. Estos términos deben ser definidos en su presentación por cuanto de su real conocimiento se describirán los procesos y acontecimientos que nos hablan de elevadas cifras de muerte infantil.

- La muerte fetal tardía se produce a partir de la 28 semana de gestación, incluyendo todos los fetos que pesan 1,000 gr. O más y que aproximadamente tienen una longitud de 35 cm. O más al nacer.

- La muerte neonatal precoz comprende a los recién nacidos muertos dentro los 7 (siete) primeros días de vida completos (168 horas)

Se debe señalar también que las cifras de muerte perinatal presentan grandes subregistros, por cuanto se cuenta en su mayoría con solo los registros de hospitales. En nuestro País las mejores estadísticas son las trabajadas por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) en base a encuestas domiciliarias de demografía y salud (ENDES), dando resultados en las muertes neonatales, mas no en las fetales tardías, las que difieren mucho con los registros hospitalarios (2).

En nuestra observación, la mayor casuística corresponde a los registros hospitalarios, y que nos permite dar a conocer el comportamiento de la muerte infantil en estas etapas tempranas de la vida y muy relacionada en su explicación con las condiciones que explican la muerte materna.

## II. INTRODUCCIÓN

La mortalidad materna en su contexto mas amplio es un problema de salud pública que presenta muchas aristas en su deducción, los epidemiólogos denominan a esto como una condición “multi – causal” o Multi – factorial” es decir que intervienen muchos factores en su explicación y que sobre todo esta fuertemente imbricada a las condiciones de pobreza, desnutrición, analfabetismo, falta de empleo, malas condiciones ambientales, insuficientes servicios de salud, dificultad en la accesibilidad a los servicios de salud.

La mortalidad materna es para nuestro País y en especial para la macro región Sur, uno de los indicadores que expresan con mucha fidelidad la “inequidad y exclusión social “ (1) y que permite evidenciar claramente las deficiencias en los diferentes niveles de organización de los sectores sociales y la respuesta del estado de derecho y tienen expresión en sus altas tasas de mortalidad materna e infantil.

Nos orienta en el presente trabajo la necesidad de enfocarnos en que la “Vida es un derecho fundamental” y desde el cual observamos que la mujer de las áreas rurales y pobre carece de toda protección incluso desde el seno de su propia familia, y es que en nuestra cultura se desconoce o se ignora que la “mujer corre grave riesgo de muerte en cada embarazo y es un riesgo que la acompaña durante buena parte de su vida” (1) .

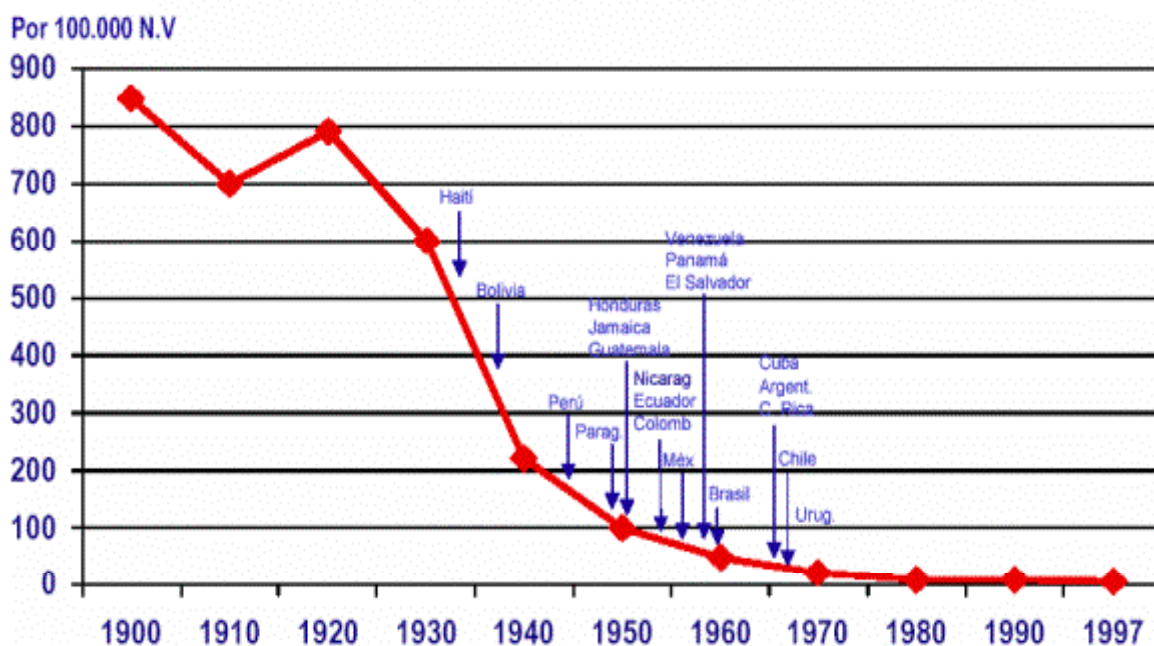
## III. MARCO TEORICO DE LA MUERTE MATERNA:

**En una perspectiva mundial:** Cada día mueren en el mundo **1´600,000** mujeres por complicaciones del embarazo, parto y puerperio, lo que representa una razón de muerte materna de **430 por cada 100,000 nacidos vivos**, y las causas son fundamentalmente Obstétricas Directas como las toxemias y las hemorragias (1). Cifras mas reales señalan que a nivel mundial **cada minuto** muere una mujer por un problema relacionado con el parto, lo que se traduce graves problemas de salud pública en determinados grupos poblacionales, sobre todo en las regiones menos desarrolladas.

En estos países llamados en desarrollo esta razón de mortalidad se incrementa a 480 muertes por 100,000 nacidos vivos(NV), mientras en los países llamados desarrollados la razón de muerte materna es de 27 por cada 100,000 NV, en la última década se han mejorado las condiciones de salud de la población en general, no obstante en los países en desarrollo la mortalidad materna permanece desproporcionadamente alta.

Cada año las Hemorragias, infecciones y preeclampsia causan el 85 por ciento de las muertes maternas en el mundo y el 99 por ciento en los países pobres, aseguraron especialistas reunidos en el XVII Congreso Mundial de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO). La hemorragia posparto es responsable de la mitad de todas las muertes maternas en los países en desarrollo (2.) estas hemorragias se producen cuando el sangrado del tracto genital es superior a los 500 o 600 mililitros en las primeras 24 horas después del parto, lo que genera anemia e infecciones.

### Tasa de Mortalidad Materna de 1900 a 1997. EEUU



Si hacemos una comparación de cifras entre países desarrollados y no desarrollados, vemos que países como Haití mueren 523 madres por cada 100 mil nacidos vivos, representando 58 veces más muertes maternas que en los EE.UU. y otros países desarrollados.

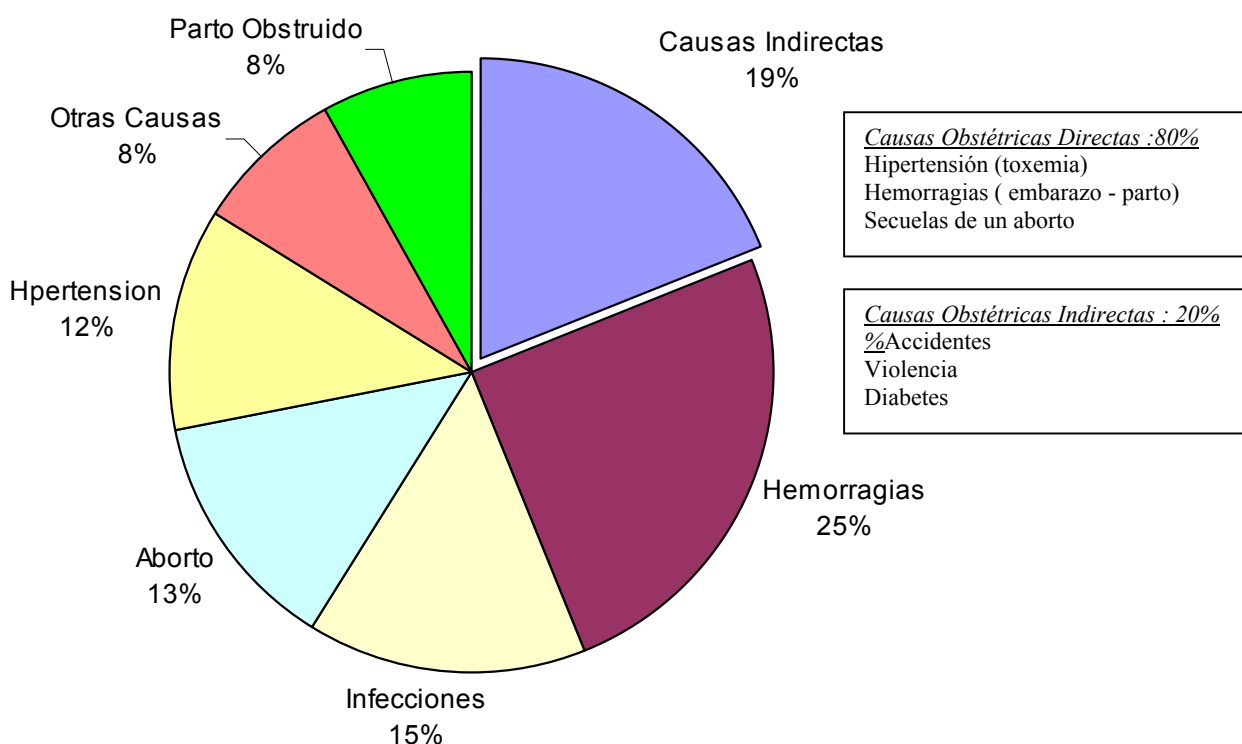
Los países con las tasas mas altas de muerte materna se encuentran Haití; Bolivia y Perú con tasas que son 42 veces superior a las de los países desarrollados.

La mortalidad materna mundial expresa un mayor riesgo en el África, donde el riesgo de morir de una mujer gestante es de 1 en 16, siendo para América Latina el riesgo es de una en 1,600 mujeres gestantes.

| REGION               | RAZON DE M.M. | NUMERO DE M.M. | % DE M.M.  | RIESGO DE MORIR 1 EN: |
|----------------------|---------------|----------------|------------|-----------------------|
| <b>TOTAL MUNDIAL</b> | <b>400</b>    | <b>515,000</b> | <b>100</b> | <b>75</b>             |
| AFRICA               | 1,000         | 273,000        | 53         | 16                    |
| ASIA                 | 280           | 217,000        | 42         | 110                   |
| AMERICA LATINA       | 190           | 22,000         | 4          | 1,600                 |
| EUROPA               | 28            | 2,200          | 0.4        | 2,000                 |
| NORTE AMERICA        | 11            | 490            | 0.09       | 3,500                 |

Las causas de estas muertes son en su mayoría evitables debidas a hemorragias e infecciones y se podrían evitar si se mejoran los controles del embarazo y las condiciones de acceso a los centros hospitalarios.

### **Visión Mundial de las causas de Muerte Materna.**



Fuente: WHO / UNICEF) 2000

### **En el contexto de América Latina y el Caribe :**

Según "Pan American Health Organization" la mortalidad materna es una expresión de inequidad y desigualdad, y se expresa mediante el "**riesgo de muerte materna**" durante su vida reproductiva y que mientras que en Haití el riesgo es de una muerte por cada 29 partos, en Canadá y EEUU es de una muerte por cada 7,700 partos. Para nuestro país el riesgo es de una muerte materna por cada 73 partos.

## RIESGO DE MUERTE MATERNA DURANTE SU VIDA REPRODUCTIVA

|    |               |       |    |                 |     |
|----|---------------|-------|----|-----------------|-----|
| 1  | Canadá        | 7,700 | 13 | Ecuador         | 210 |
| 2  | USA           | 3,500 | 14 | Rep. Dominicana | 200 |
| 3  | Cuba          | 1,600 | 15 | Guyana          | 200 |
| 4  | Uruguay       | 1,300 | 16 | Honduras        | 190 |
| 5  | Chile         | 1,100 | 17 | El Salvador     | 180 |
| 6  | Costa Rica    | 420   | 18 | Brasil          | 140 |
| 7  | Panamá        | 410   | 19 | Paraguay        | 120 |
| 8  | Trinidad y T. | 360   | 20 | Nicaragua       | 90  |
| 9  | Argentina     | 300   | 21 | Guatemala       | 75  |
| 10 | Venezuela     | 300   | 22 | Perú            | 73  |
| 11 | Colombia      | 240   | 23 | Bolivia         | 47  |
| 12 | México        | 200   | 24 | Haití           | 29  |

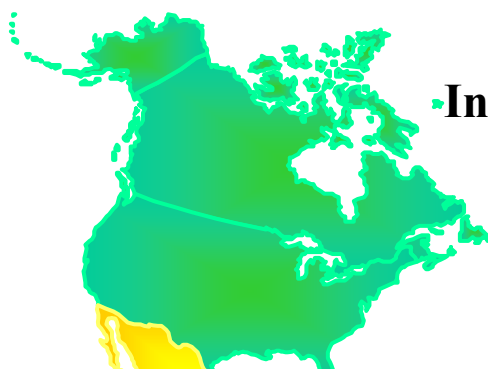
**Lectura : Se interpreta como una muerte por 7,700 partos en Canadá**

La situación de las gestantes es delicada por cuanto mas de tres millones (3'240.000) de ellas no reciben atención del parto en una institución de salud, y alrededor del 60 % es atendido por personal no calificado en la atención del parto. Cada año mueren en estos países 25,000 mujeres gestantes, representando una razón de mortalidad materna de 190 por 100,000 NV.

En América Latina el número de madres que mueren en el parto es 10 veces mayor que en los países desarrollados, lo que se traduce en un promedio de 93 madres fallecidas de cada 100 mil menores nacidos vivos, mientras en Estados Unidos y Canadá mueren sólo nueve. La muerte materna afecta a las mujeres pobres y desposeídas, analfabetas que viven en áreas rurales o en condiciones de marginalidad, muchas de ellas pertenecen a poblaciones indígenas y grupos de adolescentes cuyos embarazos no han sido planificados.

El doctor Alfredo Guzmán, representante de la Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología, explicó que los altos índices de mortalidad materna en la región deberían ser atacados con un fuerte compromiso político.

El análisis efectuado por la OPS/OMS (década de los 90) relacionando con las causas obstétricas directas muestra como el **aborto** y sus complicaciones fueron la causa principal de muerte materna en Argentina, Cuba, Chile, Guatemala, Panamá, Paraguay, Perú, Trinidad y Tobago. **La hemorragia** fue la primera causa de muerte entre las mujeres gestantes en Bolivia, Canadá, Costa Rica, el Salvador, los Estados Unidos. **La hipertensión inducida por el embarazo**, es la causa mas importante de muerte en Brasil, Colombia, Ecuador, Haití, Republica Dominicana y Venezuela.



**Indicadores Básicos  
2001  
MUERTE  
MATERNA**

**Razón de mortalidad  
materna**

|  |                               |
|--|-------------------------------|
|  | <b>&lt; 50 por 100.000 nv</b> |
|  | <b>51-99 por 100.000 nv</b>   |
|  | <b>100 - 523 por 100.000</b>  |

Fuente: OPS/OMS (1992) Evaluación del Plan Regional de Muerte Materna

Según estándares internacionales, la mortalidad materna tiene significativos niveles en diferentes países:

| BAJA             | MEDIA     | ALTA                                      | MUY ALTA        |
|------------------|-----------|---|-----------------|
| Uruguay<br>Chile | Argentina | Brasil<br>Colombia<br>Ecuador<br>Paraguay | Perú<br>Bolivia |

Fuente : Informe Regional OPS Nov. 2002

Existe una fuerte asociación entre la mortalidad materna y la atención institucional del parto, en algunos países de la Región como Guatemala y Honduras, mas del 50 % de los partos son atendidos en sus casas por personal no calificado y un tercio de ellas mueren por complicaciones de este estado.

Según grandes grupos de edad se observa la mayor carga o volumen de muertes se encuentra entre 20 a 30 años, sin embargo en Colombia empieza a registrarse entre los 10 años y un incremento significativo en la proporción de gestantes en adolescentes.

**MUERTE MATERNA EN EL PERU:**

En el Perú cientos de mujeres pierden la vida anualmente por muerte materna

**PERU: MUERTES MATERNA SEGÚN PROBABILIDAD DE MORIR**

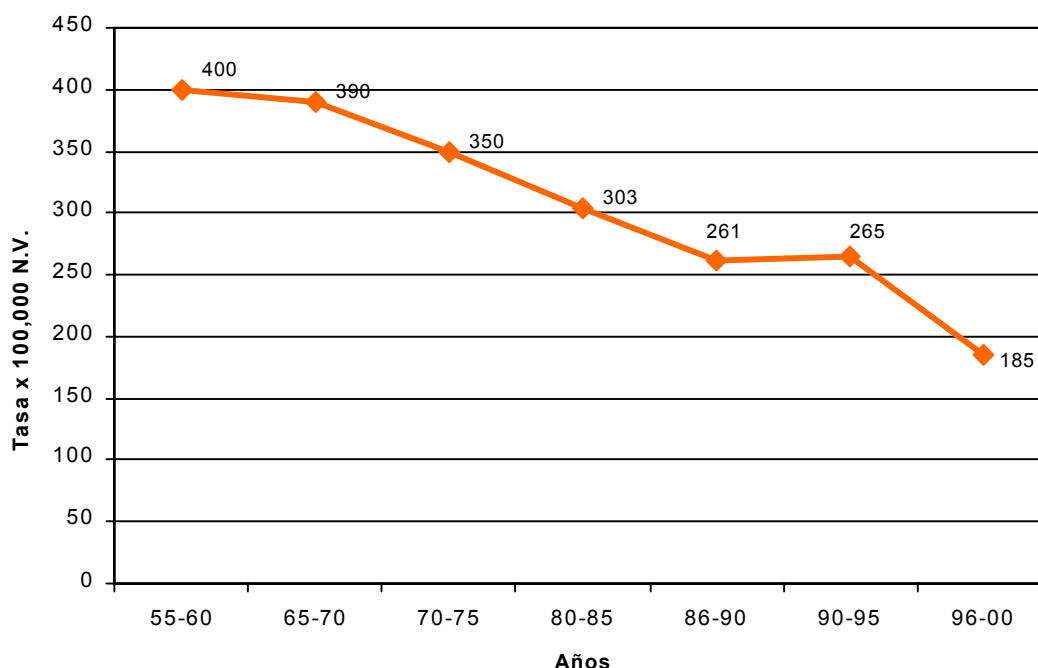
| AÑO  | MUJERES EXPUESTAS AL RIESGO DE M. MATERNA | PROBABILIDADES DE MORIR POR CAUSA MATERNA (Por mil) | MUERTES POR CAUSA MATERNA |
|------|---|---|---------------------------|
| 2000 | 202,529                                   | 5.49  | 1,112                     |
| 2001 | 206,855                                   | 5.19  | 1,074                     |

|      |         |      |       |
|------|---------|------|-------|
| 2002 | 211,742 | 4.92 | 1,041 |
|------|---------|------|-------|

Fuente: Teresa Watanabe Varas ( Dic 2002).

La mortalidad materna es uno de los principales problemas de salud pública y también de derechos humanos. El indicador razón de mortalidad materna, que expresa la magnitud del problema, refleja inequidad y exclusión social.

En Perú el mayor problema radica en que muchas muertes maternas no pueden ser detectadas y previstas durante el embarazo (6) y son el resultado de complicaciones durante el trabajo de parto.



Fuente: Elaboración MINSA con base a Encuestas Nacionales y ENDES

### RAZON DE MORTALIDAD MATERNA EN EL PERU

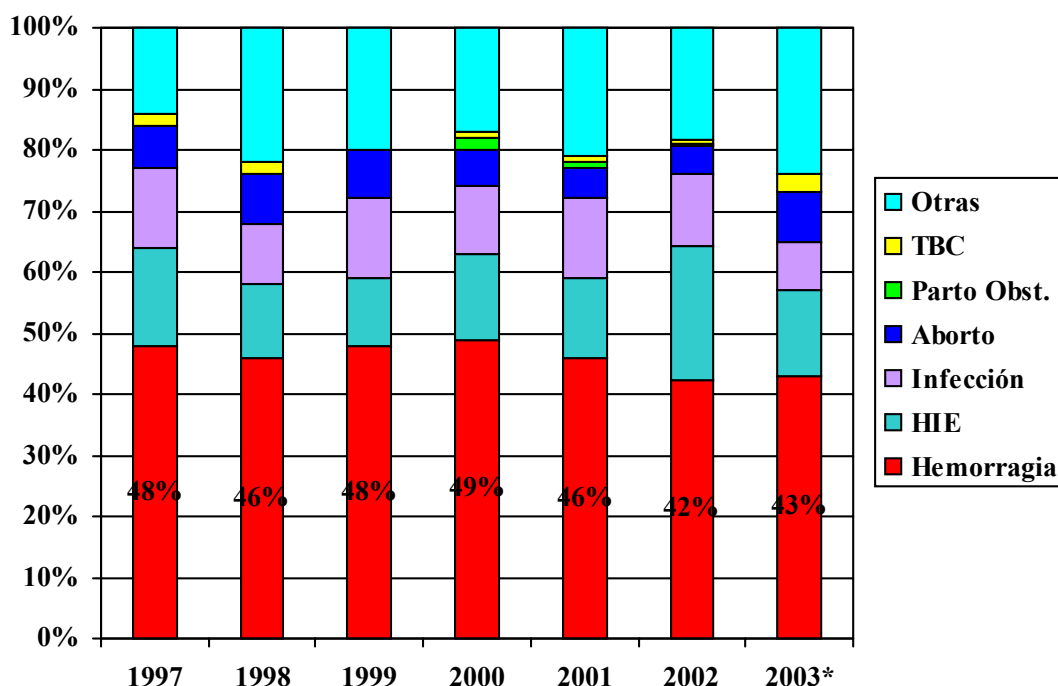
En el gráfico se muestra como durante un el periodo de 45 años, la razón de muerte materna ha venido experimentando un descenso gradual.

El año 2002, en el país se han registrado en el MINSA 1,026 muertes por causa materna, Los departamentos donde se producen el mayor número de muertes materna son Puno, Ayacucho, Huanuco, Cajamarca, Cusco, Huancavelica, Huanuco, La Libertad, Lambayeque, Lima Ciudad, Loreto, Piura, Puno y San Martín. Donde las , las principales causas de mortalidad materna casi no se han modificado en los últimos 7 años, lo que refleja que aún no han sido abordadas con estrategias efectivas para lograr impacto y reducir la mortalidad.

En cuanto a las causas de muerte materna los datos reportados por las DISAs para el año 2003, muestran que del año 1997 al 2003 la incidencia de mortalidad materna por **hemorragia** ha variado del 48 al 43 por ciento respectivamente. La **hipertensión inducida** por el embarazo es la segunda causa de muerte materna, en 1997 fue responsable del 16 por ciento de muertes y en el 2003 del 14 por

ciento. **Las infecciones**, que en el año 1997 causaron 13 por ciento de las muertes maternas, constituyen la causa que mayor descenso ha experimentado, así para el 2003, representa el 8 por ciento de la mortalidad materna. **Los abortos**, han permanecido casi inalterables en ese lapso, han contribuido con el 7 y 8 por ciento respectivamente.

MUERTE MATERNA SEGUN CAUSAS . 1997 – 2003\*

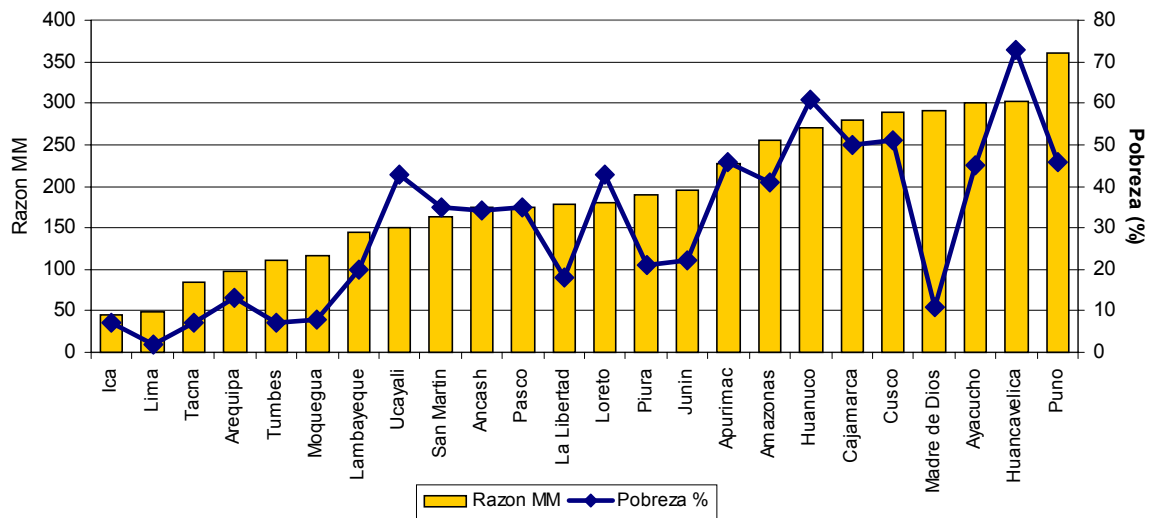


Fuente: DGSP- DEGS, 2003\* (Información preliminar)

La proporción de cesáreas es un dato que también demuestra la inequidad en el acceso a los servicios de salud. Los departamentos con menor frecuencia de este procedimiento son Huancavelica (5.3 por ciento), Cajamarca (5.71 por ciento), y Puno (5.88 por ciento).

Para el año 2003, la mortalidad en adolescentes representó el 16.34 por ciento del total de muertes maternas, produciéndose el 35 por ciento de ellas por hemorragia, y 12 por ciento como consecuencia de abortos complicados. El mayor número de muertes en adolescentes ocurrió en los departamentos de Cusco, Huancavelica, Lima Ciudad y Puno. El INEI, reporta para el año 2000, que una de cada dos mujeres en edad fértil, se encuentran en situación de pobreza y tienen una elevada fecundidad existiendo relación entre el nivel de muertes maternas y el nivel de pobreza de la población. Así, se observa que en los departamentos con altos índices de pobreza, en especial aquellos con elevados niveles de pobreza extrema, presentan las más elevadas razones de mortalidad materna, como es el caso de Puno, Huancavelica, Huanuco, Cajamarca y Junín.(100)

### Muerte Materna y Pobreza según Departamentos - Peru 2002



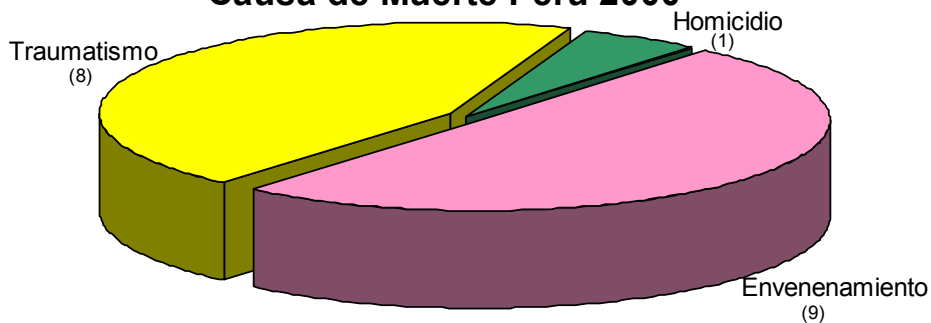
I. de correlación entre MM y Pobreza Total: 0.72  
 I. de correlación entre MM y Pobreza Extrema: 0.74

Nuestro país tiene una población femenina de 11'091,981 mujeres, las que representan el 50.3% de la población total que, de acuerdo al Censo Nacional de 1993, es de 22'048,356 personas. El 70% del total de la población femenina (7'852,110) reside en áreas urbanas, como consecuencia del centralismo y de los patrones de migración y urbanización hasta hoy registrados, un claro ejemplo es que la ciudad de Lima concentra el 41% de la población femenina urbana. En las áreas rurales, ubicadas sobre todo en territorios de sierra y selva, reside una tercera parte de la población femenina.

La distribución por grupos de edad indica que de cada cien mujeres, 36 son niñas menores de 15 años; 21 son mujeres jóvenes de 15 a 24 años; 38 son adultas; y 5 tienen 65 años o más. Es decir el 57% de la población femenina es eminentemente joven (un patrón similar muestra la población masculina).

La muerte materna se relaciona también con el centralismo donde se dan el mayor numero de muertes incidentales (envenenamiento, suicidio y homicidio)

### Causa Materna Incidental : Causa de Muerte Peru 2000



La estructura de edades varía según la zona de residencia, correspondiendo una mayor presencia de población infantil a las zonas rurales, 44%, y 33% a las urbanas. En 1993, el 20% de la población femenina declara como lengua materna el quechua, el aymará u otra lengua nativa. En las zonas rurales, la proporción de mujeres que no tiene como lengua el castellano asciende a 41%. La muerte materna se da mas en el grupo de 20 a 29 años (41.1 %)

Dependiendo del grupo al que pertenecen, el trabajo de la mujer indígena es altamente valorizado en su familia y en su comunidad. Sin embargo, a mayor integración a la sociedad nacional es mayor la pérdida de poder económico de la mujer indígena, de acuerdo al "Informe Nacional sobre la Mujer Rural", Lima 1994.

Otro determinante importante para la mortalidad materna es el nivel educativo. Según la ENDES 2000, el 93.3 por ciento de las mujeres con educación superior accedió a parto institucional versus el 14.5 por ciento en el nivel sin educación.

El porcentaje de embarazos en adolescentes con educación superior es el 2.4 por ciento, mientras que el 36.9 por ciento no tienen educación.(100). La tasa de analfabetismo es de 5,6 % y dentro de estos, la proporción de genero es de 3 varones por cada 7 mujeres analfabetas, y de todos los analfabetos que viven en el campo el 62.8 % son mujeres.

La ENDES 2000 reporta que los menores porcentajes de usuarias de métodos anticonceptivos se encuentran en el área rural y en los departamentos de Huancavelica y Ayacucho donde apenas alrededor de la mitad de mujeres unidas usa algún método anticonceptivo, una de cada diez mujeres en unión tienen necesidad insatisfecha de planificación familiar y la mayor parte de la necesidad es para limitar el tamaño de la familia.

### Peru Muerte Materna 2000 Edad a la Muerte

| Edad             | Tipo Muerte |           |            | Total      |            |
|------------------|-------------|-----------|------------|------------|------------|
|                  | Directa     | Indirecta | Incidental | Nº Casos   | % Casos    |
| Menor de 15 años |             | 1         |            | 1          | 0.19       |
| 15-19 años       | 51          | 10        | 1          | 62         | 12.07      |
| 20-24 años       | 90          | 22        | 4          | 116        | 22.57      |
| 25-29 años       | 75          | 13        | 7          | 95         | 18.48      |
| 30-34 años       | 75          | 17        | 1          | 93         | 18.09      |
| 35-39 años       | 84          | 6         | 3          | 93         | 18.09      |
| 40-44 años       | 39          | 5         | 1          | 45         | 8.75       |
| 45 a mas años    | 8           |           | 1          | 9          | 1.76       |
| <b>Total</b>     | <b>422</b>  | <b>74</b> | <b>18</b>  | <b>514</b> | <b>100</b> |

Fuente: Teresa Watanabe Varas Dic 2002

Al referirnos a mortalidad materna, necesariamente debemos abordar el tema de los derechos en salud y sus alcances en las disposiciones legales existentes para la protección de la mujer gestante o por condiciones de pobreza.

En particular, existe una conexión clara entre la clase socio – económica baja de la mujer y el riesgo de enfermedad y muerte materna y esta directamente relacionada con el desconocimiento de sus derechos y la falta de comunicación al respecto.

La protección de los derechos de las mujeres en el Perú está garantizada formalmente a través de los diversos pactos y convenciones firmados y ratificados por el Estado peruano en los últimos años. El Perú asumió compromisos a nivel internacional con la firma, entre otros, de la Convención por la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer.

Asimismo participo en Conferencias Internacionales como la de Población y Desarrollo (El Cairo, 1994) o la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995), en las cuales se abordaron importantes materias relacionadas a la vigencia de los derechos de las mujeres.

En el ámbito interno, la Constitución Política del Estado reconoce plenamente los derechos de las mujeres; asimismo en el año 2002 se firmó el Acuerdo Nacional que contiene una línea especialmente dedicada a la promoción de la equidad y justicia social, la cual determina acciones a realizarse en los diferentes espacios de desarrollo de los derechos humanos, en general, y de las mujeres, en particular.

En mayo de 2002 se promulgó la Ley 27741 que establece una Política Educativa en Derechos Humanos la misma que establece que se debe dar enseñanza en derechos humanos y en derecho internacional humanitario en todos los niveles del sistema educativo, tanto civil o militar, educación superior, universitario o no universitario. Esta ley, que prevé la creación del Plan Nacional de Derechos Humanos, donde no solo hace referencia explícita a la necesidad de la enseñanza de los derechos humanos con una perspectiva de género, sino que hasta la fecha no ha sido implementada.

El aborto es una causa importante de la mortalidad materna en el país dadas las condiciones en las que se practica a lo largo del territorio nacional. No hay cifras oficiales sobre el número de abortos que reflejen la realidad del aborto, pero se cuenta, sin embargo, con investigaciones particulares que señalan que se producen alrededor de 352,000 abortos clandestinos cada año en condiciones que ponen en grave riesgo la salud de las mujeres en todo el país. La principal causa que afirman las mujeres para recurrir a un aborto es el tener un embarazo no deseado.

No hay una atención especial jurídica relacionada a esta problemática, los servicios de salud no prestan estos servicios, y si lo solicitan se exponen a ser denunciadas, y por otro lado el sistema penal sanciona el aborto en casi todas

sus formas lo que ha sido motivo de diversas recomendaciones de instancias a nivel internacional.

En las adolescentes el embarazo es del 13% entre los 15 y los 19 años de edad según la ENDES 2000 el nivel educativo de las adolescentes y la zona de residencia juegan el papel mas importante en su prevalencia. El embarazo en adolescentes en zona rural es de 21.7% mientras que en la zona urbana es de 9,2% y el mayor porcentaje de embarazos en adolescentes se da en la selva (25.7% del total nacional)

#### EMBARAZOS ADOLESCENTES SEGÚN EDAD PERU 2000

| EDAD       | YA SON MADRES | ESTAN EMBARAZADAS CON EL PRIMER HIJO | TOTAL AGUNA VEZ EMBARAZADA |
|------------|---------------|--------------------------------------|----------------------------|
| 15         | 1.0           | 1.5                                  | 2.5                        |
| 16         | 4.7           | 2.0                                  | 6.7                        |
| 17         | 9.6           | 2.2                                  | 11.8                       |
| 18         | 18.2          | 3.2                                  | 21.4                       |
| 19         | 22.3          | 3.0                                  | 25.3                       |
| TOTAL 2000 | 10.7          | 2.3                                  | 13.0                       |

| NIVEL DE EDUCACION | YA SON MADRES | ESTAN EMBARAZADAS CON EL PRIMER HIJO | TOTAL AGUNA VEZ EMBARAZADA |
|--------------------|---------------|--------------------------------------|----------------------------|
| Sin Educación      | 36.9          | 0.0                                  | 36.9                       |
| Primaria           | 22.9          | 3.6                                  | 26.4                       |
| Secundaria         | 7.6           | 2.1                                  | 9.6                        |
| Superior           | 2.4           | 1.7                                  | 4.1                        |

Fuente: ENDES 2000 – Ferrando, Delicia.

Se han dado importantes medidas legislativas para la protección de la madre gestantes, tales como la Ley N° 27402 del 20 de enero de 2001, en la que se precisa el Goce del Derecho del Descanso Prenatal y Postnatal de la Trabajadora Gestante, la Ley 27606 (23 de diciembre del 2001) que extiende por 30 días adicionales el derecho al descanso Postnatal en los casos de nacimientos múltiples.

En diciembre del 2001, mediante Ley N° 27591, se equipara la duración del permiso por lactancia de la madre trabajadora del régimen privado con el publico (una hora diaria).

Mediante Ley N° 27409, del 25 de enero del 2001, se otorga la licencia laboral por adopción, por un periodo de 30 días. La negativa injustificada del empleador de otorgar la licencia correspondiente debe ser considerada como un acto de hostilidad equiparable al despido.

Las normas de protección a la madre también se han recogido en el Ministerio del Interior que, gracias a la actuación de la Comisión Especializada de la Mujer Policía, aprobó la Directiva No. 002- 2003-IN/DDP-OE MUJ sobre Maternidad y Lactancia, Esta norma especifica que la madre policía deberá ser reubicada en trabajos de menor riesgo durante el embarazo así como un horario especial.

Se ha creado el Seguro Integral de Salud "SIS" que tiene 544,876 mujeres gestantes y puérperas afiliadas en el año 2002 y que ha realizado un número 3,162,045 atenciones de gestantes y puérperas en el mismo año como parte del derecho humano a la salud.

Se ha reconocido que los derechos reproductivos implican el derecho básico de las parejas e individuos de decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre estos. Para llevar a efecto tal derecho es preciso disponer de la información de los medios para ello, es decir contar con planes y programas de planificación familiar que así lo permitan.

La inadecuada satisfacción de los planes de planificación familiar, incluso en la población adolescente, se constituye un atentado directo al derecho a la salud relacionado con la educación, así como la falta de acceso a servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia y desprotección de la mujer rural<sup>83</sup>, al ser éstas la que acceden con menor posibilidad a esta información.

Existen recomendaciones internacionales para que los países revisen y reformen la legislación interna a favor de los derechos fundamentales de la mujer y sobre todo en su estado de embarazo parto o puerperio.

#### **IV. PROPOSITO DEL ESTUDIO:**

El derecho a la salud no sólo comprende el cuidado de la salud en forma oportuna y apropiada, sino que también depende de los factores que la influyen, tales como el acceso a la atención oportuna y con calidad, a condiciones sanitarias y ambientales adecuadas, a la salud ocupacional, el acceso a la educación e información, así como la salud reproductiva y sexual.

Los Lineamientos de política sectorial para el período 2002 – 2006 del Ministerio de Salud consideran, entre otros, la universalidad, la equidad, la integralidad y la calidad como principios que los servicios de salud deben cumplir para hacer realidad el derecho a la salud para las mujeres y los hombres; junto a la construcción de entornos y comunidades saludables.

Si bien estos principios han sido parte de las políticas de salud en la última década, y algunos de los derechos de las personas usuarias de los servicios han sido reconocidos en la Ley General de Salud, estudios poblacionales evidencian una realidad excluyente para gran parte de la población. Así, la Encuesta Nacional de Niveles de Vida (ENNIV), en el año 2000 muestra que sólo el 49.3% de las personas que declararon enfermedad o malestar lograron acceder a una consulta efectuada por un profesional de la salud, y el 25.6% no recibió atención alguna. La brecha entre la necesidad y la utilización de servicios se debe a diversos factores vinculados a la percepción de enfermedad, a las barreras económicas para el acceso, a la distancia cultural entre la población y los servicios, a la calidad de los mismos y a los costos de acceso que comprende las distancias y tiempos de espera. La pobreza acompañada de la ausencia de gratuidad de los servicios se constituye en la primera razón identificada por los hogares para no lograr el acceso. Incluso, alrededor del 35% de las personas que

lo lograron reporta no haber podido adquirir en forma completa los medicamentos prescritos (100)

La insatisfacción de la población con los prestadores de servicios se debe tanto a factores de discriminación, derivados de distancias de orden cultural con la población postergada (andina y amazónica) y de maltrato a personas de menor ingreso, como a factores restrictivos de la oferta debido a su inadecuada organización que se expresan en las denominadas “colas”, o largos tiempos de espera y carencia de servicios o recursos especializados, otras veces insumos estratégicos y sobre todo de una adecuada referencia para la atención.

*El parto es un evento en el cual se expresa con mayor fuerza los factores aludidos, de acuerdo a la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar –ENDES IV donde se señala que dos tercios de las mujeres gestantes rurales no acuden a los servicios de salud para la atención del parto y optan por ser atendidas por parteras o familiares.*

Es importante señalar que las diversas causas de insatisfacción no sólo afectan el ingreso de las personas al sistema, sino también la calidad y efectividad del proceso de atención.

La misma encuesta señala también que más de 8 de cada 10 mujeres tienen problemas para buscar consejería o tratamiento relacionados con la atención prenatal. El problema más mencionado alude a la dificultad para conseguir dinero para el tratamiento, pero en conjunto son más frecuentes los elementos vinculados a la confianza en el servicio o en el proveedor (no querer ir sola o no hay personal femenino).

Se reconocer concientemente que la mortalidad materna peruana es una de las más altas del mundo, lo que significa que mueren aproximadamente cinco mujeres a diario por esta causa, reflejando promedios que esconden grandes brechas de inequidad y postergación ya que Huancavelica sobrepasa mas de tres veces este promedio y departamentos del Sur del País presentan también estas brechas sobre todo en la diferenciación de área geográfica.

Asimismo, los datos estadísticos muestran que la muerte materna alcanza al 15 % del total de la mortalidad en nuestro país, (Ministerio de Salud), acentuándose estas cifras en la zona rural. A este preocupante panorama de muerte materno se agregan los problemas de aborto peligroso que constituyen una de las principales causas de muerte.

A partir de estos datos, urge la necesidad de formular estrategias efectivas para reducir las tasas de morbi-mortalidad en mujeres embarazadas y madres de neonatos a través de un manejo responsable y adecuado del sistema de salud, especialmente en la prestación de servicios.

En este sentido, el presente trabajo tiene como propósito el proporcionar información sobre las características y determinantes que actúan sobre la mortalidad materna relacionando su análisis con las diversas condiciones sociodemográficas y económicas, así como las posibles relaciones con los

derechos humanos de la mujer en su condición de gestante y parte de una población excluida y poco desarrollada.

## **V. PROBLEMÁTICA DE LA INVESTIGACIÓN**

### **El Problema**

Frente a un conocimiento parcial y desactualizado de las características y diferentes condiciones epidemiológicas que se dan en las muertes maternas y que se producen en mujeres con importantes desventajas sociales nos planteamos la necesidad de mejorar el conocimiento de la muerte materna en el sur del país, tratando de dar explicación a los problemas estructurales que restringen los principios de ciudadanía y afectan los derechos fundamentales de la mujer que tiene que enfrentar, el permanente riesgo de muerte en sus diferentes etapas de embarazo, parto y puerperio y que muchas veces por simple desconocimiento no es beneficiaria de los alcances de atención gratuita que por ley le corresponde.

Nos planteamos por tanto:

Que la falta de una información adecuada de cómo y porque y donde se presentan las muertes maternas, favorece el desconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos y de la propia salud de la mujer.

Que el desconocimiento de las reales dimensiones de la multicausalidad de la muerte materna impide influir en el diseño de políticas públicas que ya tienen un gran orientación en los alcances de la "Plataforma Mundial para la acción de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing 1995) e impulso de los compromisos que el estado peruano asumió respecto a los derechos sexuales y reproductivos en la mujer (C96/97)

Que la falta de una mejor comprensión de la problemática de la muerte materna en diferentes periodos de tiempo limita la proyección y perspectivas limitando por tanto la aplicación de estrategias adecuadas a cada realidad.

Que no existen investigaciones de asociación entre la muerte materna y los derechos fundamentales de la mujer.

Que a pesar de la magnitud y trascendencia social que conlleva la muerte materna, en los servicios de salud aún no existe un sistema de vigilancia que permita ubicar claramente cuales son los principales problemas y dificultades y cuales sobresalen unos de otros y donde se puede intervenir.

Que existe grandes dificultades para desarrollar protocolos de manejos de las complicaciones del embarazo, parto y puerperio.

Que el desconocimiento y falta de evaluaciones del programa de salud materna no permite conocer la falta de suministros esenciales, así como de personal adiestrado para el manejo de casos complicados.

Que las dificultades de acceso y disponibilidad a los servicios de salud materna son de significativa influencia en la muerte materna.

Que es necesario socializar la importancia que tiene el conocer las relaciones que tiene la muerte materna con los índices de paridad, edad de la gestante y las condiciones de tener o no un embarazo no deseado.

Y finalmente reconocer la falta de herramientas de análisis sobre todo socio – culturales que impide análisis integrales de la salud de la mujer y sus derechos humanos.

## **VI. OBJETIVOS :**

### **Objetivos generales:**

El presente estudio tiene como objetivo general, desarrollar y analizar en detalle las variables posibles de relación de las muertes maternas que se produjeron en el periodo del año 2004 en los tres departamentos del sur del País, tratando de encontrar si existe o no relaciones importantes con las características sociales, culturales y económicas o sus conocimientos, actitudes y prácticas de cada una de las muertes maternas que se produjeron en ese periodo.

Permitirá también describir las características epidemiológicas de causalidad y su relación con la categorización del riesgo y otras variables de fecundidad existentes en diferentes realidades de tres departamentos del sur del País.

### **Objetivos específicos**

Identificar características socio-demográficas y de fecundidad, así como socio culturales: religión, creencias, relación de pareja y autoestima; expectativas reales de capacitación al personal de salud; formas adecuadas de información / comunicación; de la población de mujeres embarazadas que acude a los servicios de salud.

Identificar y analizar problemas y necesidades de mujeres embarazadas y el personal de salud en la atención y/o interacción en el programa de Salud Sexual y Reproductiva (transporte y viabilidad, costo, trato/confort, información/ comunicación, equipamiento, disponibilidad de insumos, tiempo de espera, relación de género y ubicación geográfica); factores facilitantes y obstaculizantes en la relación; según distritos municipales de la ciudad de Cochabamba.

## **VII. ASPECTOS METODOLOGICOS**

### **El enfoque**

Es un estudio de tipo descriptivo, cualitativo y cuantitativo; porque permite caracterizar en su comportamiento a la muerte materna en tres departamentos del sur del País, y ubica una realidad concreta respecto a los diferentes contextos nacionales e internacionales, nos permite así mismo describir las diversas circunstancias sociales y demográficas que se encuentran alrededor de una muerte materna, para luego realizar el análisis bajo un enfoque de los principios de ciudadanía y respeto a los derechos fundamentales de la mujer y el niño recién nacido.

### **Técnica e instrumentos:**

Se ha realizado la revisión de las estadísticas de muerte materna, de los registros de hechos vitales de las Direcciones regionales de Salud de Arequipa, Moquegua y Tacna, mediante la entrevista y solicitud de apoyo a la investigación.

Se ha considerado revisar las muertes maternas en el periodo de 1998 al 2004 con la finalidad de permitirnos observar la correspondencia de un canal endémico de muerte materna, haciendo uso de las fichas de investigación epidemiológica, así como las fichas de autopsia verbal que se realizan a cada caso de muerte materna, y que para el presente estudio se agregaron algunas preguntas a manera de encuesta a los familiares de las fallecidas obteniendo información respecto del conocimiento de los derechos que le asiste como mujer o por su condición de gestante ante el seguro integral de salud (SIS)

Muchas fichas y autopsias verbales de cada caso se encontraron incompletas, las cuales se tuvieron que completar o mejorar con la participación activa de los directores de las Oficinas de epidemiología de las Diresas antes mencionadas.

Se estudiaron un total de 22 casos de muerte materna, descartándose una de ellas por ser caso repetido notificado por dos Diresas

### **Diseño del estudio**

El estudio es transversal descriptivo y retrospectivo, y pertenece al campo de la salud pública, considerando al 100 % de muertes maternas que ocurrieron en las jurisdicciones de los departamentos de Arequipa, Moquegua y Tacna, considerando no solo a las notificaciones del MINSA, sino de todo el sector salud (EsSalud, Sanidades de las Fuerzas Armadas y Clínicas particulares).

### **Unidades de análisis**

Mujeres embarazadas de 15 a 49 años de edad, que por diversas causas denominadas directas e indirectas fallecieron y fueron consideradas como casos de muerte materna en los departamentos de Arequipa, Moquegua y Tacna en el periodo de año 2004.

y personal del programa de salud sexual y reproductiva de los servicios de salud.

### **La muestra**

No se ha considerado muestra alguna, por cuanto se considerado al total de casos de muerte materna de los departamentos de Arequipa, Moquegua y Tacna ocurridas en el periodo del año 2004.

### **Desarrollo de los instrumentos**

Para hacer uso de los instrumentos ya existentes ( fichas de investigación epidemiológica de muerte materna y autopsias verbales) se realizaron reuniones de coordinación y aprobación de un mínimo de datos que debieron ser buscados y considerados si no fueron llenados en su momento.

Se consideró la necesidad de generar un a pequeña encuesta a los familiares mas cercanos de las fellecidas para conocer datos sobre derechos y obligaciones para con las gestantes en el MINSA.

### **Trabajo de campo**

Se han realizado visitas a los departamentos motivo de estudio, entrevistándose con los responsables de las oficinas de epidemiología y del programa de salud materna, con la finalidad de recabar la información de los registros oficiales del MINSA, así como otros datos de la vigilancia epidemiológica activa.

### **Organización del trabajo de campo:**

Se cumplió las formalidades de coordinación con el Direcciones de salud en estudio, que nos permitió acceder a los respectivos, tanto de hospitales como de Centros de Salud y por su intermedio a las unidades de análisis.

### **La supervisión**

Desde el momento en que se recaba las bases de datos se ha contado con la supervisión y seguimiento por parte del asesor del proyecto, y que como especialista en epidemiología facilito el trabajo.

### **RESULTADOS PREVIOS:**

#### **Análisis de los datos**

#### **Interpretación y recomendaciones**

Se cuenta con la asesora de un especialista en Biometría y estadística, quien nos ha sugerido la necesidad de realizar una búsqueda de las condiciones sociodemográficas de estos tres departamento, así como las características de la mujer en edad fértil en términos general, para realizar las comparaciones y mediciones que puedan existir.

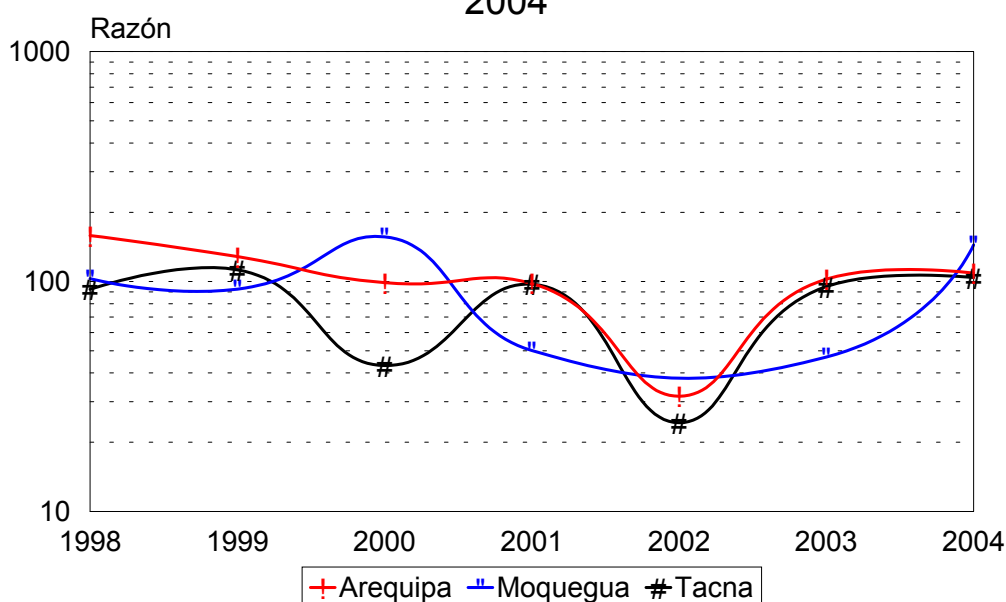
Se adjunta las fichas de estudio de los 21 casos. Los mismos que detallan :

1. la investigación de caso
2. La autopsia verbal
3. El dictamen de los comités de muerte materna.

Se adjunta la bibliografía revisada.

RESULTADOS PREVIOS:

### INDICADOR DE MUERTE MATERNA RAZON DE MORTALIDAD MATERNA POR DEPARTAMENTO - 2004



#### RAZON DE MORTALIDAD MATERNA EN EL SUR DEL PAIS 1998 - 2004

| Años | AREQUIPA      |                |              | MOQUEGUA      |                |              | TACNA         |                |              |
|------|---------------|----------------|--------------|---------------|----------------|--------------|---------------|----------------|--------------|
|      | NACIDOS VIVOS | DEFUNCIONES MM | RAZON DE M.M | NACIDOS VIVOS | DEFUNCIONES MM | RAZON DE M.M | NACIDOS VIVOS | DEFUNCIONES MM | RAZON DE M.M |
| 1998 | 12622         | 20             | 158.5        | 1943          | 2              | 102.9        | 4330          | 4              | 92.4         |
| 1999 | 14028         | 18             | 128.3        | 2160          | 2              | 92.6         | 4443          | 5              | 112.5        |
| 2000 | 13164         | 13             | 98.8         | 1917          | 3              | 156.5        | 4644          | 2              | 43.1         |
| 2001 | 12248         | 12             | 98.0         | 1996          | 1              | 50.1         | 4110          | 4              | 97.3         |
| 2002 | 12632         | 4              | 31.7         | 2225          | 0              | 0.0          | 4122          | 1              | 24.3         |

|      |       |    |       |      |   |       |      |   |       |
|------|-------|----|-------|------|---|-------|------|---|-------|
| 2003 | 15632 | 16 | 102.4 | 2132 | 1 | 46.9  | 4205 | 4 | 95.1  |
| 2004 | 15632 | 14 | 89.6  | 2078 | 3 | 144.4 | 4808 | 5 | 104.0 |

Fuente: Ofc. Epidemiología

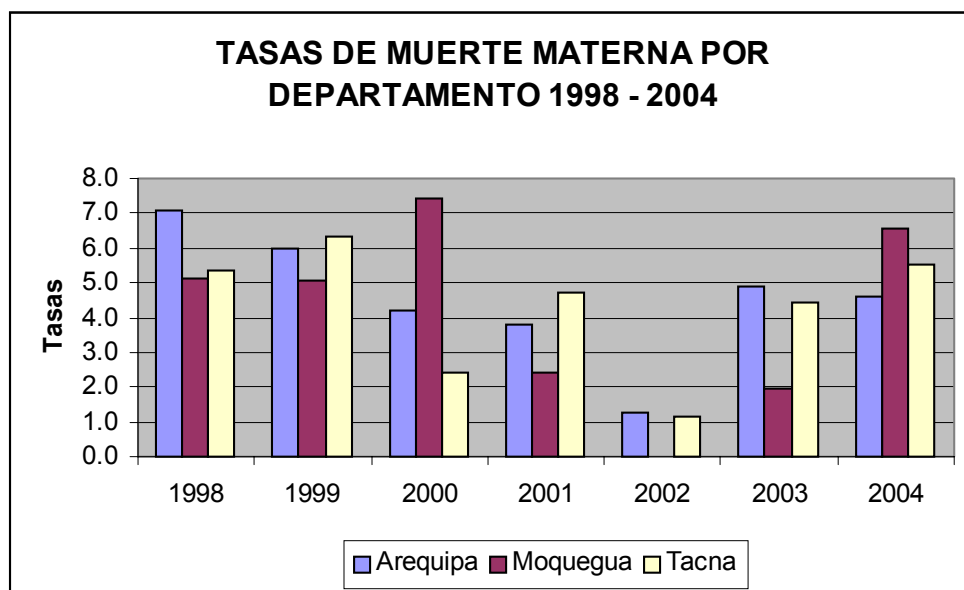
Direcciones Regionales de Salud de Arequipa - Tacna y Moquegua

### TASA DE MUERTE MATERNA EN EL SUR DEL PAIS 1998 - 2004

| Años | AREQUIPA            |                |             | MOQUEGUA            |                |             | TACNA               |                |             |
|------|---------------------|----------------|-------------|---------------------|----------------|-------------|---------------------|----------------|-------------|
|      | MUJERES EDAD FERTIL | DEFUNCIONES MM | TASA DE M.M | MUJERES EDAD FERTIL | DEFUNCIONES MM | TASA DE M.M | MUJERES EDAD FERTIL | DEFUNCIONES MM | TASA DE M.M |
| 1998 | 283072              | 20             | 7.1         | 38884               | 2              | 5.1         | 74872               | 4              | 5.3         |
| 1999 | 301185              | 18             | 6.0         | 39380               | 2              | 5.1         | 79284               | 5              | 6.3         |
| 2000 | 307909              | 13             | 4.2         | 40252               | 3              | 7.5         | 81963               | 2              | 2.4         |
| 2001 | 313994              | 12             | 3.8         | 41004               | 1              | 2.4         | 84571               | 4              | 4.7         |
| 2002 | 322790              | 4              | 1.2         | 44596               | 0              | 0.0         | 87121               | 1              | 1.1         |
| 2003 | 327937              | 16             | 4.9         | 51113               | 1              | 2.0         | 89861               | 4              | 4.5         |
| 2004 | 304146              | 14             | 4.6         | 45551               | 3              | 6.6         | 90606               | 5              | 5.5         |

Fuente: Ofc. Epidemiología

Direcciones Regionales de Salud de Arequipa - Tacna y Moquegua



## COMPORTAMIENTO DE LA MUERTE MATERNA EN EL PERIODO 1998 - 2004

Tasas

