

MORTALIDAD MATERNA

MÁS ALLÁ DE LA
MIRADA BIOMÉDICA

RESUMEN DE INVESTIGACIÓN

MORTALIDAD MATERNA MÁS ALLÁ DE LA MIRADA BIOMÉDICA

Movimiento Manuela Ramos

Juan Pablo Fernandini 1550

Pueblo Libre, Lima 21, Perú

Teléfono (511) 423 8840

postmast@manuela.org.pe

www.manuela.org.pe

Programa de Derechos Sexuales y Reproductivos

Diseño y diagramación: Jessica Ramírez Rivera

Impreso en:

Talleres Gráficos de Ymagino Publicidad S.A.C.

Urb. Santa Elisa II Etapa Mz. E Lt. 8

Los Olivos, Lima

Tiraje: 1 000 ejemplares

Primera impresión: Junio 2014

Lima – Perú

Hecho el depósito legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° 2014-08425

El diseño y diagramación de este material fueron realizado en el marco del proyecto: Mejorando la capacidad de incidencia y participación de la sociedad civil en políticas públicas, para el ejercicio de los Derechos Sexuales y Reproductivos de mujeres y jóvenes en el Perú (Lima, Ayacucho) y la impresión en el marco del programa: La promoción de los derechos sexuales y derechos reproductivos, y el empoderamiento de las mujeres, como componente del desarrollo Sur Norte, ambos financiados por el Gobierno Vasco y Medicus Mundis Gipuzkoa.

ÍNDICE

Introducción	4
Método	6
Hallazgos	7
Conclusiones	16
Recomendaciones	18
Bibliografía	22

Introducción

6,991
**muertes maternas
ocurridas entre el
periodo 2002 - 2011**

¹ Fuente: Red Nacional de Epidemiología (RENACE)-DGE-MINSA SEMANA 52-2013. <URL> <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/sala/2013/SE52/mmaterna.pdf>

² Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2013, op. cit., p. 404.

³ MINSA (2013): Mortalidad Materna en el Perú 2002-2011

⁴ Ministerio de Salud. Mortalidad Materna en el Perú 2002-2011. Dirección General de Epidemiología. Lima, junio 2013, p. 12.

⁵ Ibíd., p. 17.

⁶ Ibíd., pp. 329 -330.

⁷ Mesa de Lucha Contra la Pobreza. Programa Presupuestal “Salud Materna Neonatal” (SMN). Reporte de Seguimiento Concertado: Balance de ejecución 2012. Lima, 2013, p.10.

En el Perú, en el 2013 se produjeron 380 muertes maternas sobre todo en las zonas rurales y más pobres¹. Según la ENDES 2013, la tasa de mortalidad materna es de 93 casos por cada 100 mil nacidos vivos, cifra que dista mucho de los Objetivos de Desarrollo del Milenio para el año 2015 - 66,3 defunciones por cada 100 mil nacidos vivos⁻².

El último estudio epidemiológico de la Muerte Materna³ revela que entre el periodo 2002-2011, ocurrieron 6691 muertes maternas, con un promedio de 669 muertes al año⁴. Este estudio de la Dirección General de Epidemiología del MINSA también revela que entre el 70 y 90% de estas muertes relacionadas al embarazo serían evitables si todas las mujeres tuvieran

acceso a servicios efectivos de salud reproductiva⁵. Es preocupante señalar además que el 62.7% de las mujeres que fallecieron durante su gestación no recibieron visitas domiciliarias por parte del personal de salud⁶.

Las causas directas de muerte materna entre los años 2010 y 2012 con mayor alcance fueron: 40,2% por hemorragias, 32% por hipertensión inducida por el embarazo, 17,5% por aborto y 4,1% por infección relacionada con el embarazo⁷. La mortalidad materna a causa de aborto, ha incrementado notablemente en los últimos años.

Esta realidad nos lleva a afirmar que las causas directas que explican las muertes maternas son insuficientes,

siendo necesario que, cuando se analice cada muerte materna se haga desde una perspectiva de género y derechos humanos, poniendo como foco de atención la autonomía de la mujer y cómo el Estado Peruano garantiza a todas las mujeres peruanas el derecho a la salud de calidad y a una maternidad segura, voluntaria y saludable.

Por ello, la investigación desarrollada⁸ ha tenido como objetivo determinar qué otras causas más allá de las causas directas, han influenciado en las 11 muertes maternas en la Región Ayacucho en el año 2012. Los hallazgos indican que el 91% de las muertes maternas pudieron ser evitadas si el sistema de salud hubiera empoderado al 100% de las mujeres y a su familiar directo en la exigibilidad de sus derechos; garantizado acceso a Métodos Anticonceptivos al 78% de las mujeres, identificado la violencia de género como factor de riesgo en 05 casos (45.4%) y ofertado aborto terapéutico al (18%).

Las evidencias encontradas son sumamente valiosas para garantizar el derecho a la salud de las mujeres y mejorar el diseño y/o implementación

de las políticas públicas vinculadas a la salud sexual y salud reproductiva en una marco de género y derechos humanos. En este sentido, el actual proceso de reforma en salud tiene la gran oportunidad y el desafío de delinear acciones que aseguren el ejercicio de los derechos sexuales y derechos reproductivos, y garantizar una maternidad segura, voluntaria y saludable. Esto además permitirá cumplir con los compromisos que el Perú ha reafirmado en los acuerdos suscritos en los Pactos Internacionales⁹ y en Conferencias Mundiales¹⁰, entre ellas los Objetivos de Desarrollo del Milenio¹¹.

El Movimiento Manuela Ramos, está comprometido por trabajar en la incidencia pública y política, para la disminución de muertes maternas evitables en nuestro país, considerando fundamental adoptar políticas suprasectoriales e intergubernamentales que aseguren la protección y el ejercicio de los derechos sexuales y derechos reproductivos de las mujeres y garanticen su derecho a la salud de calidad, en el marco de género y derechos humanos, teniendo como foco de atención la autonomía de las mujeres.

91 %
**de las muertes
maternas pudieron
ser evitadas si el
sistema de salud
hubiera sido mucho
más eficiente**

⁸ Investigación que se ejecutó en el marco del proyecto “Mejorando la capacidad de incidencia y participación de la sociedad civil en políticas públicas, para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de mujeres y jóvenes en el Perú (Lima, Ayacucho)”, por el Movimiento Manuela Ramos y auspiciado por el Gobierno Vasco y Medicus Mundis Gipuzkoa; en alianza con el Centro de Investigación de la Facultad de Obstetricia de la Universidad San Cristóbal de Huamanga. Investigadoras Obst.Haydee Orihuela Ríos y Obst.Maura Orihuela Ríos

⁹ Pacto Internacional por los Derechos Económico, Sociales y Culturales

¹⁰ Conferencia Mundial de la Mujer, Conferencia de Población y Desarrollo

¹¹ ODM reducir las muertes maternas en tres cuartas partes entre los años 1990 y 2015

Método

11

**muertes maternas
ocurridas en el año
2012 en la Región
Ayacucho**

El tipo de investigación desarrollada fue descriptivo y correlacional, cualitativa - cuantitativa. El diseño de investigación que se utilizó en el presente estudio fue descriptivo – correlacional y de corte transversal.

Los métodos usados para el recojo de información fueron: la observación directa; aplicación de instrumentos de medición en base a la Directiva de evaluación de la capacidad resolutiva según funciones obstétricas y neonatales versión 2.; Estándares e indicadores de Calidad en la atención materna y neonatal; revisión de las historias clínicas y entrevistas estructuradas a familiares directos, autoridades locales, lideresas de organizaciones de mujeres y representantes o jefes/

as de los establecimientos de salud. El consentimiento informado fue un requisito para aplicar las entrevistas.

La población y muestra de estudio estuvieron conformadas por las 11 muertes maternas ocurridas en el ámbito de la Dirección Regional de Salud de Ayacucho y que tuvieron algún contacto con 14 establecimientos de salud con Funciones Obstétricas y Neonatales Primarias- FONP (funcionan de 6 a 12 horas) y con Funciones Obstétricas y Neonatales Básicas – FONB (funcionan las 24 horas del día) y un total de 30 entrevistados/as: familiares directos (9), personal de salud (6), autoridades (6) y lideresas de las organizaciones de mujeres (9).

Hallazgos

Perfil de las usuarias

El 63.7% de las usuarias que fallecieron correspondían a mujeres entre 19 a 35 años de edad, el 18.2% entre 15 a 18 años de edad (adolescentes) y el 18.2% a mujeres mayores de 35 años. El 91% eran de zonas rurales; el 73% de ellas hablaban tanto quechua y castellano; asimismo, el 27% hablaban solo quechua y asháninka. Constituyendo estos últimos una barrera importante en la comunicación e identificación de sus necesidades. 100% de estas mujeres no habían concluido sus estudios básicos: 45% de ellas tenían primaria incompleta, el 27.3% secundaria incompleta, el 18.2% primaria completa, y el 9% era analfabeta. Llama la atención el alto porcentaje de madres solteras 36.4%. El

36% del total de las muertes maternas tenían riesgo obstétrico por paridad, de éstas el 27% tenía más de 5 hijos.

El 82% de ellas se desempeñaban como amas de casa, 9% trabajaba en la agricultura y el 9% trabajaban como empleadas del hogar (sueldo menor al mínimo vital). Lo que nos muestra que la mayoría de estas mujeres tenían obligaciones domésticas, actividades que no se retribuyen económicamente y como consecuencia inciden en la falta de autonomía y dependencia de la mujer, ya que las decisiones generalmente están dadas por la persona que mantiene económicamente el hogar. Pese a ello el 63.6% de estas gestantes acudieron al establecimiento de salud, incluso se trasladaban a pie desde

100%
no habían concluido
la educación básica
regular.

44.4 %
**de los abortos como
causa directa de
muerte materna son
invisibilizadas en los
reportes del MINSA**

su domicilio al servicio de salud, la mayoría entre 1 hora hasta 2 horas y el 36.4% de ellas se trasladaba en automóvil u otro similar.

Información del MINSA invisibiliza el aborto como causa directa de muerte materna

Se evidencia que el sistema de

información del MINSA tiene grandes vacíos en la identificación de las causas directas e indirectas de las muertes maternas¹². Se invisibilizan el 44.4% de aborto y el suicidio (11%)¹³, como causas directa de la muerte materna, lo que resulta grave pues todas estas muertes 55.5% expresan la vulneración de los derechos sexuales y derechos reproductivos de las mujeres.

CAUSAS DIRECTAS	MINSA	Estudio	Nivel de coincidencia
Sepsis	2	1	No
Hemorragia	2	1	No
HIE	2	2	Si
Aborto	0	4	No
Suicidio	0	1	No
Subtotal 1	6	9	
CAUSA INDIRECTAS			
Shock/séptico/peritonitis complicada	1	0	No
Intoxicación por órganos fosforados	2	0	No
Traumatismo abdominal cerrado	1	1	Si
Indeterminada	1	0	No
Hemorragia subaracnoidea difusa	0	1	No
Subtotal 2	5	2	
Total (1 + 2)	11	11	

¹² Dirección Regional de Salud Ayacucho – DIRESA: La Red Nacional de Epidemiología RENACE-DGE-MINSA SEM 52-2012

¹³ Clasificación de las defunciones y los quasi eventos maternos por la OMS. Boletín de la Organización Mundial de la Salud 2009; 87:734-734. doi: 10.2471/BLT.09.071001, donde el suicidio es catalogado como causa de muerte directa. El MINSA aún no lo ha incorporado en sus normas.

De los 4 casos que fallecieron a causa de aborto, 3 mujeres (27%) de las muertes maternas pudieron ser evitadas si hubieran tenido el acceso al aborto seguro.

Acceso y uso de métodos anticonceptivos

El 78% (7 de 9) de las usuarias no usaban ningún método anticonceptivo, probablemente por falta de información, orientación/consejería, siendo la planificación familiar un pilar estratégico para la reducción de las muertes maternas. 01 caso de muerte materna fue por un embarazo no planificado y no deseado debido a la falla de método, mujer con 09 hijos y con bloqueo tubárico bilateral¹⁴, quién fallece por aborto incompleto. Cabe mencionar que además presentaba enfermedades crónicas como diabetes y obesidad, según consta en la historia clínica. Muerte que pudo ser evitada si hubiera accedido al aborto terapéutico oportunamente.

Lugar de ocurrencia de las muertes maternas

El 45.5% (05) sucedió en el trayecto a un establecimiento de salud y el 36.4%

(03) murieron en el establecimiento de salud y el 18.1% (02) en el domicilio de la usuaria, estas últimas tenían entre 5 y 6 atenciones prenatales, entre 1 y 3 visitas domiciliarias. Ambas con sólo segundo grado de primaria.

Percepción de la calidad de atención

El 50% de los familiares entrevistados calificaron como “regular” la atención que brinda el personal de salud, un 20% de ellos consideraron que la atención fue mala. Es coincidente que en la mayoría de los casos los familiares consideraron que la calificación mejoraría si el personal de salud brindara un trato más cálido a las usuarias. Sobre este aspecto presentamos el siguiente relato:

“la atención es regular, hay doctores que no saben, deberían prepararse mejor”, y que “deben mejorar en su trato con la gente”, “hay doctores que te gritan, son bien fríos, deberían ser más cálidos en su trato”, “hay tanta injusticia y nadie se preocupa por los que quedan”.

Esposo de la usuaria del caso del P.S. Catalinayoccue.

78%
de las usuarias
no usaban
ningún método
anticonceptivo

¹⁴ Bloqueo tubárico bilateral realizado el 05/01/2011 en el Hospital Regional de Ayacucho.

**Solo el 20%
de las historias
clínicas tenían
registrado los
resultados de
exámenes de
laboratorio en su
segunda atención
prenatal**

Los familiares de las usuarias manifestaron el abandono que han sentido por parte de las autoridades en aquellos momentos de crisis emocional, social, económica. Sólo el 20% manifestaron haber recibido un apoyo económico de 100 nuevos soles por parte de las autoridades de su localidad. Esto grafica el poco compromiso del estado por abordar el impacto social de la muerte materna, que pudo ser evitada por el sistema de salud. El grado de indiferencia con que es tratada una situación tan grave y dramática, no sólo repercute el futuro 30 niños y niñas, sino también en otras mujeres (hermanas, tíos, abuelas), quienes generalmente terminan asumiendo el costo social, reforzando la desigualdad de género.

Estándares e Indicadores que miden calidad de atención no se cumplen

Se encontró que sólo el 20% de las historias clínicas de las que tuvieron la primera atención prenatal en los 8 establecimientos de salud FONB, tenían todas las actividades registradas según norma técnica¹⁵. Asimismo, sólo el 20% de las historias clínicas tenían registrado los resultados de exámenes

de laboratorio en su segunda atención prenatal y el 60% tenían registrado la atención odontológica. Las historias clínicas de los 6 establecimientos de salud FONP, **ninguna tenían registrado todas las actividades de la primera atención prenatal, según norma**. Lo que indica que no es suficiente aprobar las normas, sino garantizar la aplicación de las mismas.

Persisten brechas en la capacidad resolutiva de los establecimientos de salud

El estándar óptimo de capacidad resolutiva para la atención obstétrica y neonatal según norma debiera ser del 80%, sin embargo en los establecimientos FONP y FONB evaluados, se encontró que la capacidad resolutiva solo alcanza un 62.1% y 71.3% respectivamente. Entre las razones se **encuentran brechas de recursos humanos calificados para la atención, se carece de un sistema de transporte adecuado** estos se encuentran inoperativos o no tienen conductor para el traslado de las emergencias. En un estudio similar desarrollado por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) en

¹⁵ Documento Técnico “Estándares e Indicadores de Calidad en la Atención Materna y Perinatal en los establecimientos que cumplen con Funciones Obstétricas y Neonatales, aprobada con RM N°142-2007/MINSA. A toda gestante en la primera atención prenatal se le realiza y registra en la historia clínica las actividades de acuerdo a la norma (15 actividades).

el año 2012, los 29 establecimientos FONB de Ayacucho tenían 62.6%¹⁶. Se observa un 8.7% de incremento de capacidad resolutiva a la fecha del estudio.

Afiliación al Seguro Integral de Salud (SIS)

El 100% de las usuarias se encontraban afiliadas al SIS, pero el 9% según indicaron los familiares tuvieron que pagar por los medicamentos usados en el momento de la atención, evidenciándose el incumplimiento del derecho de la usuaria a la gratuidad de la atención, generando mayor empobrecimiento de la atención del parto de las mujeres y barrera económica para el acceso al servicio de salud.

Deficiencia en el manejo del alumbramiento y puerperio inmediato

Si bien el 100% (02) de los casos de muerte materna tenían registrado en sus historias clínicas el partograma y la administración de 10 UI de Oxitocina Intramuscular para el alumbramiento dirigido, sólo el 50% tuvo evidencia de control post parto cada 15 minutos, y a pesar de ello fallece. Asimismo en

un caso no se revisó adecuadamente la placenta, quedando restos de cotiledones y membranas (según diagnóstico de autopsia). Ocurrencia que pone en evidencia deficiencias en el desempeño del profesional de salud en el manejo del alumbramiento y la identificación de los signos de alarma.

Manejo inadecuado de las emergencias obstétricas

100% de las historias clínicas de las muertes maternas no tenían registradas todas las actividades que se debieron realizar en una atención de emergencia obstétrica. Evidenciándose el incumplimiento de los estándares para el manejo de la emergencia obstétrica: diagnóstico, estabilización y referencia (DER)¹⁷. Un caso de adolescente diagnosticada con embarazo y con foco urinario infeccioso (según necropsia), fue cubierta sólo con paracetamol y con indicación de atención prenatal en el establecimiento FONP a las 8:30 am, luego de casi 6 horas es referida con diagnóstico de amenaza de aborto al hospital regional de Ayacucho, allí espera 4 horas más para recibir tratamiento con antibióticos

¹⁶ Informe Final de la encuesta a establecimientos de salud con funciones obstétricas y neonatales – INEI 2012. La capacidad resolutiva de FONB se encontraba un rango de capacidad resolutiva entre 39.20 % a 86.40%, teniendo como promedio general 62.6%.

¹⁷ Manejo clínico de las Emergencias Obstétricas según Guía Técnica: Guías de Práctica Clínica para la Atención de las Emergencias Obstétricas según Nivel de Capacidad Resolutiva considera lo siguiente:

- Vía aérea permeable.
- Evaluar estado de conciencia.
- Presión arterial, temperatura, frecuencia cardiaca materna, frecuencia respiratoria.
- Vigilancia de la causa de la emergencia.
- Edad gestacional.
- Frecuencia cardiaca fetal (FCF).
- Administración de ClNa 9%/oo con catéter Nº 18. Si es el caso de Hemorragia canalizar 2 vías endovenosas de ClNa 9%/oo.
- En caso de hipertensión arterial inducida por el embarazo: Severa y Eclampsia colocar vía endovenosa segura y diluir 10 gr. de Sulfato de Magnesio (5 ampollas al 20%) en un litro de ClNa al 9%/oo, pasar 400cc a chorro y mantener a 30 gts. por minuto hasta llegar al establecimiento con FONE.
- En caso de Sepsis iniciar tratamiento antibiótico Ampicilina 1 gr. EV, Gentamicina 80 mg. EV.

Referencia inmediata a hospital que cumple Funciones Obstétricas y Neonatales Esenciales o Intensivas según corresponda.

(*) Por personal profesional

100%
de las historias clínicas de las muertes maternas no tienen registrado las actividades para la atención de las emergencias obstétricas

incompletos, falleciendo una hora y media después. En ningún momento de la historia clínica se aborda sobre la decisión del embarazo, los factores de riesgo vinculadas a la violencia de género, sólo se refuerza sobre la continuidad en la atención prenatal.

Visitas domiciliarias no identifican factores de riesgo sobre vulneración de derechos

El 78% (7 de 9) de las muertes maternas cuentan con registro de visita domiciliaria la semana posterior a una inasistencia en la atención prenatal. Lo que llama la atención, es que en las visitas no se identificaron los factores de riesgo como embarazo no deseado o los signos de alarma, de la hipertensión inducida por el embarazo que hubiesen permitido brindar una atención oportuna. Por ello se requiere evaluar la calidad de las visitas domiciliarias que realiza el personal de salud, y verificar los vacíos en la identificación de los factores de riesgos vinculados a la vulneración de los derechos como la violencia física, psicológica y sexual (especialmente de los embarazos por violación o embarazos no deseados).

Plan de Parto no empodera a las mujeres

El 89% (08 de 09 casos), no contaban con el plan de parto en sus historias clínicas¹⁸. Si bien 01 mujer contaba con el plan de parto con las tres entrevistas. Este hallazgo nos hace reflexionar sobre los marcos ideológicos o los enfoques que están detrás del instrumento, ya que no cuenta con variables que indagan sobre la vulneración de los derechos sexuales y reproductivos, invisibilizando los factores de riesgos. Más aún cuando entre las muerte maternas 3 casos tenían violencia de género y 2 eran embarazos no deseados.

Violencia de género causa de muerte materna

De 11 muertes maternas, el 44.5% tuvo violencia de género, de ellos un caso presentó violencia física, otro tenía violencia física y psicológica este caso se trata de una mujer joven que se suicida (bebiendo pesticida para el uso de plantas) a pesar de contar con 4 atenciones prenatales, una derivación a psicología y antecedente de intento de suicidio según la historia

¹⁸ Norma Técnica N° 033-MINSA/DGSP-V.01 Norma Técnica para la Atención del parto vertical con adecuación intercultural aprobada con RMN° 598-2005/MINSA este instrumento considera tres entrevistas, la primera en el establecimiento de salud, la segunda y tercera en el domicilio de la usuaria y comunidad cuyo propósito es la organización y planificación para el momento de presentarse los signos de trabajo de parto emergencia obstétrica, con el propósito de que la atención sea oportuna y en un establecimiento de salud.

clínica, otro caso tenía violencia física y sexual adolescente que queda embarazada producto de una violación sexual (fallece por eclampsia), según sus familiares habían interpuesto una denuncia, sin embargo no tuvieron ninguna respuesta y en dos casos tuvieron un aborto inseguro. Estas muertes pudieron ser evitadas si el Estado garantizara el derecho a decidir a las mujeres sobre su cuerpo.

Esto evidencia que a pesar de haber identificado los 5 casos de violencia de género, no se desplegó una referencia o seguimiento, según la ruta de los fluxogramas de atención tanto intramural como extra institucional¹⁹. El sistema de salud y el personal aún no ha interiorizado que la violencia de género es un factor de riesgo de la muerte materna.

Violencia institucional refuerza vulneración de derechos

27% (03) de los casos de muerte materna fueron coaccionadas y condicionadas para cumplir con el control del embarazo y parto institucional; los documentos encontrados en las historias clínicas establecen excluirlas de los programas

sociales (PROGRAMA JUNTOS), incluso denunciarlas penalmente si no asiste a su parto. Situación que expresa abuso de autoridad, discriminación de género (sumisión y opresión), reforzando una doble vulneración de los derechos humanos de las mujeres, más aún si consideramos que 5 de ellas tenían como antecedente la violencia de género.

Atención preventiva no incorpora diálogo intercultural

La investigación da cuenta de prácticas de la medicina tradicional ante la presencia de un signo de alarma, en los dos casos domiciliarios de muerte materna optaron por el uso de “la muda con cuiy”²⁰, el uso de elixir²¹, entre otros; y posteriormente la búsqueda de los servicios de salud, al no ver mejoría. Aspecto intercultural importante a ser abordado por las políticas públicas y las estrategias de intervención, dado que ellas tenían 6 atenciones prenatales las mismas que no han logrado impactar en el reconocimiento de los signos de alarma por parte de la usuaria y sus familiares. Estos hallazgos sugieren reevaluar la calidad de información que se brinda

27%
de las mujeres
fueron amenazadas
a ser excluidas
de los programas
sociales si no
cumplen con
atenderse en el
establecimiento de
salud.

¹⁹ Guía Técnica de atención integral de las personas afectadas por la violencia de género aprobada con RM N° 141-2007/MINSA.

²⁰ Ritual andino que consiste en pasar el cuiy externamente por todo el cuerpo de la persona (para diversos problemas de salud), al parecer es una de las primeras medidas que las personas de las zonas rurales principalmente usan, ya que en la mayoría de los casos estudiados ante los signos de alarma presentados optaron por este procedimiento.

²¹ Sustancia con cierto sabor amargo, según refieren los familiares es un concentrado de hierbas medicinales que las adquieren en centros naturistas y en algunos casos son preparados en forma casera, los usan tanto para inhalar, aplicación tópica y también como bebida; principalmente cuando las personas manifiestan dolores abdominales

91 %
**de las mujeres
que fallecieron
procedían de zonas
rurales**

para la toma de decisiones, no es suficiente los argumentos biomédicos vinculados a los signos de alarma y de demoras²².

Es importante reforzar el recojo y valoración de las costumbres y las prácticas tradicionales, para hacer más efectivo el diálogo intercultural. En este sentido, el personal de salud debe nutrir su discurso y práctica reforzando el empoderamiento y la ciudadanía de las mujeres, para contrarrestar la tendencia de ubicar a las mujeres como objetos de salud y no como sujeto de derechos.

Difícil acceso de las usuarias desde su domicilio al establecimiento de salud

El 91% de las mujeres que fallecieron procedían de zona rural. El 45% vivían a 2 horas y 30 minutos, el 9% entre 1 a 2 horas, el 18.2% menos de 01 hora y el 27.3% menos de 30 minutos. Pese a que hubo mejoras en este aspecto, se evidencia que aún la accesibilidad geográfica es un punto crítico, más aún, si ante una emergencia obstétrica no se cuenta con transporte fluido y permanente, lo que incrementa la demora en llegar al establecimiento de salud más cercano.

El conocimiento de los signos de alarma no es suficiente, sí no se acompaña con la exigibilidad de los derechos

El 60% de los familiares directos manifestaron que no habían recibido en ningún momento información y orientación acerca de los signos de alarma, el mismo que tiene relación con las “demoras” que ocurrieron en los casos de muertes maternas suscitadas en el trayecto a un establecimiento de salud, ya que conllevó a los familiares de las usuarias a no reconocer oportunamente los signos de alarma.

Esto evidencia un problema de comunicación y educación antes y durante la gestación. Del 40% que afirmaron ser informados, sólo el 30% mencionaron tres signos de alarma: sangrado vaginal, dolor de cabeza y dolor abdominal y el 10% no recordó.

El conocimiento de los signos de alarma no es suficiente, sí no se acompaña con la exigibilidad de los derechos. Tal como se explica en el caso de la mujer que falleció por shock séptico. El familiar informa sobre el signo de alarma tres días antes al

²² Deborah Maine, Universidad de Columbia, modelo de las tres demoras para el análisis de muerte materna. Primer retraso: es aquél que ocurre en el hogar al no reconocer la gestante, la familia o la comunidad los signos de alarma. Segundo retraso: se presenta cuando reconocido el signo de alarma hay demora en la toma de decisión en el hogar para la búsqueda de atención de salud.

establecimiento de salud, el personal le minimiza el problema, brinda un analgésico y cita “en tres días, cuando llegue el equipo integral”. Otra muerte que pudo ser evitada si el sistema de salud fuera sensible a los derechos de las usuarias.

Poca participación de las mujeres en la toma de decisiones

Mientras el 100% de los jefes de los establecimientos de salud y el 77.8% de las autoridades locales manifestaron que mantienen coordinación entre el establecimiento de salud, autoridades locales y organizaciones de base. Sin embargo desde las respuestas de las mujeres sólo el

22.3% de las lideresas manifestaron que existe un trabajo articulado. Asimismo, el 77% de las lideresas de las organizaciones de base entrevistadas desconocían sobre la existencia los Comités de Prevención de Mortalidad Materna y Perinatal.

Estos resultados demuestran que no sólo hay una deficiente coordinación multisectorial para la prevención de la mortalidad materna, sino que se invisibilizan el rol protagónico de las mujeres en el mejoramiento de las políticas públicas y toma de decisiones vinculados con la salud sexual y reproductiva, se incumple la normatividad vigente. Esto reafirma la discriminación de género.

60%
de los familiares directos no recibieron información acerca de los signos de alarma del embarazo y sobre sus derechos

Conclusiones

- ◆ Se demuestra que la deficiente capacidad resolutiva de los establecimientos de salud, la vulneración de los derechos sexuales y reproductivos y la desigualdad de género; además de las causas biomédicas están directamente relacionadas con la ocurrencia de los casos de muertes maternas.
- ◆ Los establecimientos FONP y FONB evaluados, tuvieron una capacidad resolutiva solo del 62.1% y 71.3% respectivamente frente al 90% esperado; sólo el 20% de las historias clínicas de las que tuvieron la primera atención prenatal tenían todas las actividades registradas, asimismo, sólo el 20% de las historias clínicas tenían registrado los resultados de exámenes de laboratorio en su segunda atención prenatal 20% en establecimiento FONB frente al 80% del estándar esperado. 100% de las emergencias obstétricas no registran el diagnóstico, estabilización y referencia según casos. Las brechas relevantes son déficit de recursos humanos calificados y ausencia de sistema de transporte disponible durante una emergencia obstétrica.
- ◆ Las 11 mujeres que fallecieron tuvieron vulneración de sus derechos humanos: 91% de las muertes pudieron ser evitadas; 91% de las mujeres proceden de la zona rural; 100% no habían concluido la educación básica regular; 45.4% estaban en situación de violencia de género y el 75% de los familiares percibieron como regular a malo la

RESUMEN DE INVESTIGACIÓN

- calidad de atención. El 27% (3 casos) de las mujeres fueron coaccionadas para cumplir con las atenciones del parto.
- ◆ En cuanto al no ejercicio de sus derechos sexuales y derechos reproductivos: el 78% no tuvieron acceso a uso de algún método anticonceptivo; 45.3% de las muertes maternas se debieron a aborto inseguro (de las cuales dos no accedieron al aborto terapéutico a pesar de los riesgos del daño físico y emocional y un caso continuo con el embarazo forzado producto de una violación sexual). Al 100% de las mujeres no se le indagó sobre su decisión con respecto a su actual embarazo (maternidad voluntaria).
- ◆ Se invisibilizan el aborto 44.5% como causa directa de muerte materna en el reporte epidemiológico del sistema de vigilancia de la mortalidad materna, dado que estos no figuran en la historia clínica.
- ◆ Asimismo en relación a la conformación y funcionamiento de los Comités de Prevención de la Mortalidad Materna y Perinatal, hay una deficiente coordinación multisectorial donde están ausentes las mujeres al ser invisibilizadas y al no tener en cuenta sus opiniones, siendo ellas las representantes y protagonistas de la implementación de las políticas públicas para la prevención de la mortalidad materna. Incumpliéndose la normatividad vigente²³.

²³ Reglamento de funcionamiento de los Comités de Prevención de Mortalidad Materna y Perinatal. Aprobado mediante RM N° 453-2006/MINSA.

Recomendaciones

Con la finalidad de mejorar el diseño y la implementación de las políticas públicas se brindan las siguientes recomendaciones:

1

INFORMAR a las mujeres sobre su derecho a acceder al aborto terapéutico. En este marco urge la aprobación de la Guía Técnica para la Atención Integral de la Interrupción Voluntaria por indicación Terapéutica del Embarazo menor de 22 semanas con consentimiento informado, como medida para garantizar el derecho a la vida y la salud física y mental de las mujeres, y como política urgente para promover la igualdad de género.

2

MEJORAR la consignación de los diagnósticos de las causas de muertes maternas por parte de los profesionales de la salud en las historias clínicas, para obtener reportes confiables del sistema de vigilancia de los establecimientos de salud y rendir cuentas sobre las muertes maternas, las mismas que permitan tomar decisiones adecuadas y oportunas para prevenirlas

3

LOS REGISTROS y reportes deben incorporar variables que permitan indagar sobre los factores de riesgos vinculados a la vulneración de los derechos y la igualdad de género.

4

APROBAR el proyecto de Ley que despenaliza el aborto en los casos de embarazo a consecuencia de una violación sexual, puesto que el obligar a las mujeres a continuar con un embarazo no deseado o practicarse un aborto clandestino, pone en peligro la vida de las mujeres y vulnera los derechos sexuales y derechos reproductivos de las mujeres.

5

ESTABLECER auditorías externas de los casos de las muertes maternas haciendo una revisión más exhaustiva de cada una de ellas y llegar a los verdaderos diagnósticos que no sólo evidencien las causas biomédicas, sino también la vulneración de los derechos, especialmente el de los derechos sexuales y derechos reproductivos. Así mismo la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud (SUNASA) debería tener una intervención más activa en estos casos.

6

APROBAR e implementar la norma técnica para la atención de la salud mental de las mujeres en situación de violencia de género dirigida a operadores/as de salud del primer nivel de atención y otros especialistas vinculados a la atención de mujeres que se encuentran o viven situaciones de riesgo (VBG).

7

ACTUALIZAR las normas técnicas²³⁻²⁴ referidas a las causas de muertes maternas, donde se incorpore el suicidio y homicidio como causas de muertes maternas directas según lo tiene la Organización Mundial de la Salud.

8

INCORPORAR a lideresas de organizaciones de la sociedad civil priorizando a representantes de organizaciones de mujeres a los Comités de Prevención de la Mortalidad Materna y Perinatal, en el nivel nacional, regional y local, tal como lo señala la norma.

9

DELINEAR acciones educativas e informativas que empoderen a las mujeres y al familiar directo o acompañante, para el reconocimiento de sus derechos a una maternidad, saludable, segura y voluntaria. Así como para la exigibilidad de los mismos.

²³ Directiva Sanitaria N° 036-MINSA/DGE-V.O1 "Directiva Sanitaria que establece las notificación e investigación para la Vigilancia Epidemiológica de la Muerte Materna, aprobada RM N° 634-2010/MINSA.

²⁴ Reglamento de funcionamiento de los Comités de Prevención de Mortalidad Materna y Perinatal. Aprobado mediante RM N° 453-2006/MINSA.

10

REORIENTAR los currículos académicas de formadores/as de profesionales de salud, en el marco de los derechos donde los/as operadores/as son titulares de obligaciones y las usuarias/os son titulares de derechos (Sujetos de Derecho).

11

PRIORIZAR la inversión en el mejoramiento de la capacidad resolutiva de los establecimientos FONP y FONB, así como para el cierre de brechas del recurso humano con competencias para garantizar la salud sexual y reproductiva de las mujeres.

12

GARANTIZAR el acceso a la educación de las mujeres, donde se incorpore contenidos que fortalezcan sus derechos sexuales y derechos reproductivos, las relaciones igualitarias entre hombres y mujeres. Así como para establecer un diálogo horizontal sobre sus creencias y costumbres.

Bibliografía

1. **MINISTERIO DE SALUD**
2009 Documento técnico: “Plan estratégico nacional para la Reducción de la mortalidad materna y perinatal 2009-2015”. 02 de diciembre 2011. Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Lima, Editorial ARTPRINT, Primera Edición pp.21-56. Consulta: <URL>http://www.minsa.gob.pe/servicios/serums/2009/normas/1_penrmm.pdf
2. **MINISTERIO DE SALUD DEL PERÚ**
2007 “Indicadores Básicos Nacionales – 2007” Dirección General de Epidemiología Lima. Perú. <URL>http://www.dge.gob.pe/asis_indbas.php
3. **MADUEÑO DÁVILA, MIGUEL, CÉSAR A. SANABRIA MONTAÑÉS**
Partners for Health Reform plus 2003. “Estudio de oferta de los servicios de salud en el Perú y el análisis de brechas 2003 – 2020”. Informe técnico No. 026s. Bethesda, MD: Proyecto Socios para la Reforma plus del Sector Salud, Abt Associates Inc. Consulta: 30 de enero 2012 <URL>http://www.phrplus.org/Pubs/Tech026s_fin.pdf
4. **MG. VARGAS GONZÁLES, Ruth**
2008. “Mortalidad materna” [Diapositivas] Piura, Universidad Privada Antenor Orrego, facultad de ciencias médicas escuela profesional de obstetricia. Consulta: 29 de enero 2012. <URL><http://www.slideshare.net/consultoriauniversidad/mortalidad-materna-presentation>
5. **ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD**
2008.“Mortalidad materna en 2005: Estimaciones elaboradas por la OMS, el UNICEF, el UNFPA y el Banco Mundial” Ginebra ,Suiza. Consulta: 30 de enero 2012. <URL>http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789243596211_spa.pdf
6. **HUAROTO CLAUDIO, Lilia y PEÑA FLORES, Liz Saturnino**
2007 “Morbi mortalidad Materna por causas obstétricas Directas e Indirectas en gestantes adolescentes en el Hospital Regional de Ayacucho, Julio 2003-Julio 2007”Tesis para optar el título de Obstetriz. Ayacucho: Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga, Facultad de Obstetricia.

RESUMEN DE INVESTIGACIÓN

7. DIRESA AYACUCHO

2012. Evaluación de principales Indicadores 2012- Estrategia Sanitaria de Salud Sexual y Reproductiva Región Ayacucho [Diapositivas] Ayacucho.

8. MINSA PERU

2012- Oficina de Estadística e Informática Lima Perú Consulta: 20 de marzo 2012. <URL><http://www.minsa.gob.pe/index.asp?op=2>

9. MOVIMIENTO MANUELA RAMOS

2012. "La atención de calidad en los servicios de salud y los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres rurales en Ayacucho"

10. MINISTERIO DE SALUD PERU

2005. Directiva Sanitaria N°001-MINSA/DGSP "Directiva para la evaluación de las Funciones Obstétricas y Neonatales de los Establecimientos de Salud" Lima- Perú.

11. MINISTERIO DE SALUD PERU

Norma Técnica 021-MINSA/DGSP "Categorías de Establecimientos del Sector Salud" Pág.8. Consulta: 13 de marzo 2013.

<URL>http://www.minsa.gob.pe/dgiem/infraestructura/WEB_DI/NORMAS/NT-0021- DOCUMENTO%20OFICIAL%20CATEGORIZACION.pdf

12. INSTITUTO DE ESTADISTICA E INFORMATICA PERU

2011. "Encuesta a Establecimientos de Salud con funciones obstétricas y neonatales 2009 y 2010 – ENESA" Consulta: 12 de setiembre 2013.

<URL><http://www.inei.gob.pe/biblioineipub/bancopub/Est/Lib1004/libro.pdf>

13. MOVIMIENTO MANUELA RAMOS

Proyecto "Fortalecimiento de capacidades de las contrapartes de HIVOS y Welthungerhilfe en el Perú para incorporar el enfoque de género en sus proyectos Productivos.

14. GRUPO INTERAGENCIAL DE GÉNERO DEL SISTEMA DE LAS NACIONES UNIDAS DE MEXICO

Género y Derechos Sexuales y Reproductivos.

Ficha informativa sobre género y desarrollo N° 05<http://www.cinu.org.mx/gig/Documentos/drechosexuales.pdf>

