

**UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS  
FACULTAD DE MEDICINA, ENFERMERIA, NUTRICIÓN  
Y TECNOLOGIA MÉDICA  
UNIDAD DE POSTGRADO**



Estudio de casos y características de la Mortalidad Materna suscitadas en el Hospital de la Mujer en la gestión 2017.

**POSTULANTE: Lic. Gabriela Beatriz García Bautista**

**TUTOR: Dr. M.Sc. William Michel Chávez**

**Tesis de Grado presentada para optar al título de  
Magister Scientiarum en Salud Pública mención  
Gerencia en Salud**

## **DEDICATORIA:**

A mi querida mami Isabel, te llevaré en mi mente y en mi corazón hasta el fin de mis días.

A mis seres amados que siempre apoyaron mis planes, mis proyectos. A mis pequeñas hijas Gabriela y Patricia motivo de inspiración y a mi amado esposo y eterno compañero de mi vida Efraín.

## **AGRADECIMIENTOS**

A la Unidad de Posgrado de la Facultad de Medicina por brindarme la oportunidad de seguir capacitándome como profesional.

A mi tutor Dr. William Michel Chávez por brindarme sus conocimientos, su tiempo y su constancia durante el proceso de la investigación y la realización de la tesis.

Al Dr. Carlos Tamayo por su incansable labor que realiza

<b>ÍNDICE DE CONTENIDOS</b>	<b>Pág.</b>
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. JUSTIFICACIÓN .....	4
III. DIAGNÓSTICO .....	7
IV. MARCO TEÓRICO.....	9
4.1. Conceptos básicos de Mortalidad Materna .....	9
4.2. Situación de la Mortalidad Materna.....	10
4.2.1. Marco internacional .....	10
4.2.1.1. Causas de mortalidad materna .....	11
4.2.1.2. Metas mundiales (ODS – 3).....	12
4.2.1.3. Maternidad Segura, Nairobi (1987).....	12
4.2.1.4. Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de El Cairo (1994) .....	13
4.2.1.5. Consenso de Montevideo sobre población y desarrollo 2013.....	14
4.2.1.6. Cumbre de Nairobi - Kenia 2019.....	15
4.3. Marco Nacional .....	16
4.3.1. Constitución Política el Estado .....	16
4.3.2. Plan Nacional de Desarrollo económico y social 2016- 2020.....	16
4.3.3. Plan sectorial de desarrollo integral para vivir bien 2016-2020 .....	17

4.3.4.	Plan acelerado de reducción de Mortalidad Materna .....	18
4.3.5.	Bono Madre Niño-Niña “Juana Azurduy” .....	18
4.4.	Determinantes de la Mortalidad Materna .....	19
4.4.1.	Determinantes sociales .....	19
4.4.2.	Modelo de las tres demoras .....	23
4.4.3.	Eslabones críticos .....	26
4.5.	Normativa Nacional.....	29
4.5.1.	Norma Nacional del Sistema de vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Materna.....	29
4.5.1.1.	Aspectos operativos de la vigilancia epidemiológica .....	32
4.5.1.2.	Ficha epidemiológica de muerte materna .....	34
4.5.1.3.	Registro de las muertes maternas .....	35
4.5.1.4.	El flujo de la Ficha Epidemiológica de Muerte Materna .....	37
4.5.2.	Norma de atención del continuo de la vida.....	38
4.5.2.1.	Normas nacionales de atención clínica.....	39
4.5.3.	Norma nacional, reglas, protocolos y procedimientos en anticoncepción.....	42
4.5.4.	Manejo de la Morbilidad Obstétrica grave .....	43
4.6.	Caracterización del Lugar de estudio.....	44
4.6.1.	Departamento de La Paz.....	44

4.6.2.	Municipio El Alto .....	45
4.6.3.	Hospital de la Mujer .....	46
V.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	50
VI.	PROBLEMATIZACIÓN.....	51
VII.	OBJETIVOS .....	52
7.1.	Objetivo general.....	52
7.2.	Objetivos Específicos.....	52
VIII.	METODOLOGÍA.....	53
8.1.	Pre fase de organización .....	53
8.2.	Recolección de información .....	54
8.3.	Recolección de información de los hospitales de La Paz. ....	54
8.4.	Aspectos éticos.....	56
8.6.	Hallazgos de la revisión de expedientes de muertes maternas .....	59
8.7.	Estudios de caso de muertes maternas .....	65
8.8.	Causas básicas de muerte .....	65
8.9.	Descripción y análisis de los casos de Muertes Maternas.....	67
Caso 1:	CORAL.....	68
Caso 2:	BELÉN .....	71
Caso 3:	JULIA .....	73

Caso 4: MARIA.....	77
Caso 5: ELENA .....	79
Caso 6: FILO.....	82
Caso 7: LIZ.....	86
8.10. Análisis de las demoras.....	89
8.11. Análisis de las causas de muerte a partir de determinantes sociales....	91
8.12. Análisis de eslabones críticos de atención en salud.....	97
IX. CONCLUSIONES.....	101
X. RECOMENDACIONES .....	110
XI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	113
XII. ANEXOS.....	117

## ÍNDICE DE ESQUEMAS

Pág.

<u>Esquema 1: Cadena de eslabones que describe la secuencia de servicios para la mujer embarazada según el Modelo de Atención .....</u>	27
---	----

## ÍNDICE DE CUADROS

	Pág.
Cuadro 1: Modelos de análisis.....	57
Cuadro 2: Casos de Muertes Maternas ocurridos en el Hospital de la Mujer ...	59
Cuadro 3: Resultados de la revisión de expedientes clínicos de mortalidad ....	62
Cuadro 4: Casos Identificados de Muertes Maternas según la Causa Básica...	66
Cuadro 5: Análisis de casos de muerte .....	67
Cuadro 6: Demoras identificadas por casos de mortalidad materna.....	89
Cuadro 7: Análisis de causas de muerte por determinantes sociales.....	91
Cuadro 8: Fallas en los eslabones de atención en los seis casos de MM .....	99

## **Acrónimos**

<b>MM</b>	Mortalidad materna
<b>CEMEUD</b>	Certificado Médico Único de Defunción
<b>DS</b>	Determinantes Sociales
<b>OMS</b>	Organización Mundial de la Salud
<b>RMM</b>	Razón de Mortalidad Materna
<b>ODS</b>	Objetivos de Desarrollo Sostenible
<b>UNFPA</b>	Fondo de Población de las Naciones Unidas
<b>CIPD</b>	Conferencia Internacional del Desarrollo
<b>PNDES</b>	Plan Nacional de Desarrollo económico y social
<b>PSD</b>	Plan Sectorial de Desarrollo
<b>SVEMM</b>	Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Materna
<b>UCI</b>	Unidad de Cuidados Intensivos
<b>CID</b>	Coagulación Intravascular Diseminada
<b>HCPN</b>	Historia clínica perinatal
<b>AMEU</b>	Aspiración manual endouterina
<b>RCP</b>	Reanimación Cardio Pulmonar
<b>AFU</b>	Altura de Fondo Uterino
<b>CIDH</b>	Comisión Interamericana de los Derechos Humanos

**IINSAD** Instituto de Investigaciones en Salud y Desarrollo

**UPG** Unidad de Pos Grado

**ODM** Objetivos de Desarrollo del Milenio

## RESUMEN

La mortalidad materna es un problema de salud pública, al cual se contraponen los de derechos humanos como el derecho a la vida; estos casos reflejan efectos negativos determinantes en la sociedad en su conjunto, al dejar a niños, niñas y adolescentes en la orfandad. El conocimiento de la magnitud y las causas de las muertes maternas ha sido insuficiente en investigaciones, con el objetivo de intervenir efectivamente en la prevención de la mortalidad materna, parte del alcance de los Objetivos de Desarrollo del Milenio para Bolivia. Por ello, esta investigación estudia siete casos específicos para abordar integralmente la mortalidad materna, las causas y efectos, para determinar la definición del problema, características principales y contextuales; la presente investigación, tiene el diseño metodológico con enfoque mixto intentando generar un aporte al conocimiento académico.

En la investigación al describir los casos identificados de muerte materna, sus características por falta de atención médica oportuna, reconstruyendo y analizando los hechos de 7 casos de estudio, evaluado su evitabilidad, se pudo determinar los factores de la mortalidad materna y ser asociarlos a la mortalidad en el Hospital de la Mujer de la gestión 2017. Donde evidencio la falta de atención oportuna y de calidad; en los expedientes clínicos ninguna de las historias clínicas contaba con las fichas epidemiológicas, y no se contaba con la documentación pertinente, faltaba en dos casos la hoja de epicrisis, no se encontraron los resúmenes del caso en la mayoría de los casos, existía inconsistencia en las historias clínicas con relación a las entrevistas; en relación a la investigación de las muertes, no se realizó investigaciones técnicas específicas, (al menos no se encontró documentación en los expedientes clínicos).

**Palabras Claves:** mortalidad materna, siete casos, evitabilidad, causas.

## **ABSTRACT**

Maternal mortality is a public health problem, which is opposed by human rights as the right to life; these cases reflect decisive negative effects on society as a whole by leaving children and adolescents in orphanage. Knowledge of the scale and causes of maternal deaths has been insufficient in research, with the aim of effectively intervening in the prevention of maternal mortality, part of the scope of the Millennium Development Goals for Bolivia. Therefore, this research studies seven specific cases to comprehensively address maternal mortality, causes and effects, to determine the definition of the problem, main and contextual characteristics; this research, has mixed-focused methodological design trying to generate a contribution to academic knowledge.

In the research describing the identified cases of maternal death, their characteristics due to lack of timely medical care, reconstructing and analyzing the facts of 7 case studies, assessed their avoidability, could determine maternal mortality factors and associate them with mortality at the 2017 Management Women's Hospital. Where I show the lack of timely attention and quality; in the clinical records none of the medical records had the epidemiological data sheets, and the relevant documentation was not available, the epicrisis sheet was missing in two cases, the summaries of the case were not found in most cases, there was inconsistency in the medical records in relation to interviews; in relation to the investigation of deaths, no specific technical investigations were conducted (at least no documentation was found in the clinical records)..

**Keywords:** maternal mortality, seven cases, avoidability, causes.

## I. INTRODUCCIÓN

Los estudios sobre mortalidad materna en nuestro país, generalmente se han enfocado en los aspectos biológicos o clínicos, alrededor de la gestación y el parto.

Existen condicionantes sociales estructurales que, unidos a factores clínicos, resultan cada año en la muerte evitable de gran cantidad de mujeres durante el embarazo, el parto, el postaborto o el puerperio. Asimismo, se ha documentado ampliamente que los servicios de salud sexual y reproductiva en el país se encuentran caracterizados por la ineficiencia de consejería y orientación a la mujer y la pareja, que afecta la calidad de la atención en salud hacia las mujeres (1).

Esto se manifiesta en prácticas ofensivas y perjudiciales por parte del personal de salud, y en la postergación o delegación de la atención, que pone en riesgo la salud y la vida de las mujeres. Por todo lo anterior, en el país se hace necesaria la realización de estudios sobre mortalidad materna desde un enfoque cualitativo, que permitan caracterizar otros aspectos no biomédicos que rodean el fenómeno.

Los resultados de estos estudios pueden servir de base para el diseño de estrategias y políticas públicas dirigidas a reducir la mortalidad materna y a contribuir en el proceso de humanización de los servicios de salud.

El presente trabajo se realiza a partir de la información identificada en los expedientes de inhumación en cementerios públicos oficiales, privados y NO oficiales que tengan en sus registros el Certificado Médico Único de Defunción, (CEMEUD) en el que se registran muertes maternas.

Para esta investigación se consideraron siete casos de Mortalidad Materna (MM) seis por causas directas y un caso por causa indirecta en el embarazo,

que residían tanto en la ciudad de La Paz como en la ciudad de El Alto y que fallecieron en el Hospital de la Mujer de la ciudad de La Paz en la gestión 2017.

A partir de esta información se evidencia las realidades de los entornos en los que las mujeres mueren, y se identifican factores sociales, demoras en la atención, análisis de los eslabones críticos, que llevaron a la muerte de estas mujeres.

Las muertes acontecidas en estas mujeres ameritan conocer con mayor profundidad los factores que llevaron a este desenlace, que se debe analizar, si estos casos tuvieron oportunidad de evitarse en el desenlace final que tuvieron; los siete casos de pacientes analizados en la presente investigación, son analizados de manera retrospectiva el suceso de los hechos, mediante la revisión profunda de las Historias Clínicas de las fallecidas y la aplicación de la autopsia verbal se realizó las visitas domiciliarias de las fallecidas para la entrevista correspondiente mediante el formulario único de Estudio de la Mortalidad Materna de la gestión 2017 del Ministerio de Salud, además de la revisión de las Fichas Epidemiológicas de Vigilancia de Mortalidad Materna obtenida del SEDES – LA PAZ.

La investigación ha permitido hacer un recorrido en los domicilios y los servicios de salud donde las pacientes acudieron previo al ingreso de Hospital donde fallecieron, todas ellas fallecieron en el Hospital de la Mujer, con el objetivo de conocer los factores sociales que incidieron en estas muertes.

La presente tesis en la primera parte presenta los antecedentes, el marco conceptual y metodológico en el cual se ha implementado.

El segunda parte se describe los principales hallazgos obtenidos tras una revisión a profundidad de los expedientes clínicos, además de la descripción y análisis de cada uno de los siete casos investigados.

En la siguiente parte se realizó un análisis profundo de base a modelo de las tres demoras en cada caso, identificación de las posibles causas de muerte a partir de las determinantes sociales, por último en base a los eslabones críticos de la atención.

En la última parte de la investigación presenta las principales conclusiones y recomendaciones a partir de la información obtenida.

## II. JUSTIFICACIÓN

Hoy en día el tema de muertes maternas a nivel mundial, lamentablemente, sigue siendo un indicador que permanece vigente y en cantidades que para el siglo XXI, ya deberían reducir, lo cierto es, que las inequidades cobran más vidas, Las estimaciones globales para el 2017 indican que hubo 295.000 (entre 279.000 a 340.000) las muertes maternas; han disminuido en 35% desde el 2000, donde se estimó 451.000 (entre 431.000 y 485.000) muertes maternas. La estimación de la razón de mortalidad materna RMM en 2017 es de 211 (entre 199 a 243) muertes maternas por 100.000 nacidos vivos, representando un 38% de la reducción de la razón de mortalidad desde el 2000 cuando se estimaron en 342 (1).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), cada día mueren en todo el mundo unas 800 mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto, y la mayoría de estas muertes podrían haberse evitado (1).

La muerte materna además de ser considerada como un problema de salud pública, es por sí misma una tragedia social. Toda vez que es un indicador de desigualdades.

En febrero de la gestión 2015: los objetivos de las Estrategias para terminar la Mortalidad Materna (EPMM) se basan en un enfoque de derechos humanos para la salud materna, y se centran en eliminar las inequidades significativas que conducen a disparidades en el acceso, la calidad y los resultados de la atención dentro y entre los países. Los compromisos políticos concretos y las inversiones financieras de los gobiernos de los países y los socios de desarrollo son necesarios para cumplir con los objetivos y llevar a cabo las estrategias para Estrategia para Terminar con las muertes Maternas y propone las siguientes metas:

- Meta mundial: Se establece como meta mundial media una Razón de Mortalidad Materna (RMM) de menos de 70 muertes maternas por cada 100 000 nacidos vivos de aquí a 2030.
- Meta nacional complementaria: De aquí a 2030, ningún país debería tener una RMM superior a 140 muertes por cada 100 000 nacidos vivos, que es el doble de la meta mundial.

El logro de la meta mundial para después de 2015 requerirá a nivel mundial una Tasa de Reducción Anual (TRA) de la RMM del 5,5%, similar a la meta de los ODM actual de Bolivia. Para lograr la meta mundial, todos los países deben contribuir a la media mundial reduciendo su propia RMM en al menos dos tercios de aquí a 2030 a partir de los niveles de 2010. Los países con las RMM más elevadas (RMM >420) tendrán que reducir su RMM a una TRA superior al 5,5%. La meta secundaria es un mecanismo importante para reducir la brecha de desigualdad entre países en el ámbito de la supervivencia materna (2).

Estas metas son ambiciosas pero factibles, habida cuenta de las pruebas que evidencian los progresos logrados durante los últimos 20 años. Se centrarán en la reducción de la mortalidad materna y en la promoción de la salud de la madre y el recién nacido como componentes esenciales de la agenda para el desarrollo después de 2015.

La gran mayoría de las muertes maternas son evitables y frecuentemente prevenibles, ya que se conocen las principales causas y factores determinantes, y a la vez se cuenta con el material científico y tecnológico para evitarlas en la mayoría de los casos (3).

La “evitabilidad” estimada de las muertes maternas oscila según diferentes estudios realizados en América Latina entre un 52% a un 92%. Corrigiendo únicamente las omisiones de los servicios de salud y modificando la conducta

familiar al respecto de la maternidad y el uso de los servicios de salud se podría evitar aproximadamente el 85% de las muertes maternas (2).

### III. DIAGNÓSTICO

El Estudio Nacional de Mortalidad Materna 2011 Ministerio de Salud, informa que un tercio de las muertes maternas que ocurren en Bolivia corresponde al departamento de La Paz. La RMM de La Paz (289 por 100.000 nacidos vivos) para el año 2011 es la más alta de Bolivia.

De acuerdo a este estudio, la principal causa directa de muerte materna son las Hemorragias con el 74%, de las cuales el 51,8%; la retención placentaria, la segunda causa directa de muerte es por Aborto 8,6%, por infecciones 7,9% y por hipertensión el 7,3%. Los casos de muertes maternas ocurren fundamentalmente en el momento del parto o cesárea (60%). El 30% durante el embarazo y el restante 10%, en el postparto.

Casi el 60% de las muertes maternas ocurren a mujeres entre los 30 a 39 años. Entre mujeres de 20 años, se registra un 9% de muertes maternas que incluye una adolescente de 14 años. El mayor número de muertes maternas ocurrieron en el domicilio en un 57%, el 12 % acontecen durante el traslado al establecimiento de salud, el 23% fueron en los Establecimientos de Salud, y el 8% no se sabe.

Durante muchos años, las investigaciones sobre mortalidad materna han permitido identificar factores clínicos de salud pública y social, y utilizar estos hallazgos para implementar programas de reducción de mortalidad y protocolos de atención médica, en la búsqueda de disminuir la repercusión de estos eventos sobre la salud sexual y reproductiva de la mujer y evitar las muertes (5).

Se pudo acceder a los expedientes clínicos de las mujeres fallecidas autorizadas por la dirección del nosocomio a solitud de una carta con propósitos académicos de investigación, para realizar un análisis de los 7 casos de las muertes identificadas, usando las siguientes categorías:

Evaluación de la accesibilidad y oportunidad en cuanto a los aspectos administrativos y/o económicos del sistema en relación con, limitación para el acceso al establecimiento de salud y dificultades para el acceso ante la búsqueda de atención por la presencia de complicaciones.

La calidad de la atención en cuanto a disponibilidad de recurso humano, insumos y medicamentos durante todo el proceso de atención, del embarazo, parto y puerperio; funcionamiento del sistema de referencia y contra referencia; diagnóstico y/o tratamiento acordes a la norma y/o estándares nacionales e internacionales.

La indagación de estos aspectos se sitúa en la relación o no directa con la muerte materna. Finalmente la valoración específica de la calidad de la atención para la causa directa o indirecta que ocasionó la muerte materna.

## IV. MARCO TEÓRICO

### 4.1. Conceptos básicos de Mortalidad Materna

Según el Manual de Instrucciones (Vol.2) de la CIE-10, contempla las definiciones siguientes:

**Defunción materna:** “La defunción materna se define como la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del embarazo, debida a cualquier relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales”.

**Defunción materna tardía:** “Una defunción materna tardía es la muerte de una mujer por causas obstétricas directas o indirectas después de los 42 días pero antes de un año de la terminación del embarazo”.

**Defunción relacionada con el embarazo (CIE-10, Ed. 2008):** “Una defunción relacionada con el embarazo es la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la causa de la defunción”.

**Defunción que ocurre durante el embarazo, el parto o el puerperio (CIE-10, Ed. 2015):** “Una defunción que ocurre durante el embarazo, el parto o el puerperio, es la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la causa de la defunción (obstétrica y no obstétrica).”

Respecto a estas dos últimas definiciones; podemos observar que de una edición a otra de la CIE-10, (2008 vs 2015), lo único que cambia es el nombre, y sólo se agrega en la Ed. 2015 los términos: “obstétrica y no obstétrica”, pero el contenido es básicamente el mismo.

## **4.2. Situación de la Mortalidad Materna**

### **4.2.1. Marco internacional**

El alto número de muertes maternas en algunas zonas del mundo refleja las inequidades en el acceso a los servicios de salud y subraya las diferencias entre ricos y pobres. La casi totalidad (99%) de la mortalidad materna corresponde a los países en desarrollo: más de la mitad al África subsahariana y casi un tercio a Asia Meridional. Más de la mitad de las muertes maternas se producen en entornos frágiles y contextos de crisis humanitaria (6).

La razón de mortalidad materna ratio en los países en desarrollo en 2015 es de 239 por 100.000 nacidos vivos, mientras que en los países desarrollados es tan solo de 12 por 100.000 n.v. Hay grandes disparidades entre los países pero también en un mismo país y entre mujeres con ingresos altos y bajos y entre la población rural y la urbana (7).

El mayor riesgo de mortalidad materna corresponde a las adolescentes de menos de 15 años. Las complicaciones del embarazo y el parto son una de las causas de muerte principales de las adolescentes en la mayoría de los países en desarrollo (8).

Por término medio, las mujeres de los países en desarrollo tienen muchos más embarazos que las de los países desarrollados, por lo que tienen mayor riesgo de muerte relacionada con el embarazo a lo largo de la vida. El riesgo de muerte relacionada con la maternidad a lo largo de la vida (es decir, la probabilidad de que una mujer de 15 años acabe muriendo por una causa materna) es de 1 en 4900 en los países desarrollados y de 1 en 180 en los países en desarrollo (1). En los países clasificados como estados frágiles el riesgo es de 1 por 54, lo cual demuestra las consecuencias de la descomposición de los sistemas de salud.

En Bolivia: en su resumen ejecutivo del Estudio Nacional de Muerte Materna publicado por el INE y el Ministerio de Salud y publicado el año 2016: se describe que el año 2011 reportaron 538 mujeres que murieron a consecuencia de complicaciones durante el embarazo, parto y post parto. De éstas, 502 fueron registradas por el Estudio y 36 fueron detectadas por el Sistema Nacional de Vigilancia de la Muerte Materna. Una significativa mayoría de estas muertes eran evitables. La Razón de Mortalidad Materna (RMM) en Bolivia para el año 2011 -según la información obtenida del Estudio- fue de 160 por 100,000 nacidos vivos (9).

Bolivia ha logrado avances importantes en el cumplimiento de los ODMs y sus respectivos MDMs relacionadas a la salud, de tal modo que en los últimos 20 años todos los indicadores han mejorado aunque sea moderadamente.

#### **4.2.1.1. Causas de mortalidad materna**

Muchas mujeres mueren de complicaciones que se producen durante el embarazo y el parto o después de ellos. La mayoría de esas complicaciones aparecen durante la gestación y la mayoría son prevenibles o tratables; otras pueden estar presentes desde antes del embarazo, pero se agravan con la gestación, especialmente si no se tratan como parte de la asistencia sanitaria a la mujer. (10) Las principales complicaciones, causantes del 75% de las muertes maternas, son:

- las hemorragias graves (en su mayoría tras el parto);
- las infecciones (generalmente tras el parto);
- la hipertensión gestacional (preeclampsia y eclampsia);
- complicaciones en el parto;
- los abortos peligrosos.

#### **4.2.1.2. Metas mundiales (ODS – 3)**

La Organización de las Naciones Unidas (ONU), establecieron con los países miembros los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), también conocidos como Objetivos Mundiales, se adoptaron por todos los Estados Miembros en 2015 como un llamado universal para poner fin a la pobreza, proteger el planeta y garantizar que todas las personas gocen de paz y prosperidad para 2030 (11).

El ODS 3 - Indica: *“Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades, Para lograr el desarrollo sostenible es fundamental garantizar una vida saludable y promover el bienestar para todos a cualquier edad. Se han obtenido grandes progresos en relación con el aumento de la esperanza de vida y la reducción de algunas de las causas de muerte más comunes; mortalidad infantil y materna”* (11).

Se establece como meta mundial media una Razón de Mortalidad Materna (RMM) de menos de 70 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos, realizando gestiones desde el 2015 y deben ser alcanzadas hasta el año 2030 (11).

Meta nacional complementaria: A 2030, ningún país debería tener una RMM superior a 140 muertes por cada 100 000 nacidos vivos, que es el doble de la meta mundial.

#### **4.2.1.3. Maternidad Segura, Nairobi (1987).**

La iniciativa de la maternidad segura es una estrategia que tuvo origen en la reunión convocada por el Banco Mundial, la Organización Mundial de la Salud OMS y el Fondo de Población de las Naciones Unidas UNFPA en Nairobi, Kenya, en febrero de 1987, en la que se plantearon diferentes estrategias tendientes a buscar las mejores condiciones para la mujer gestante y la prevención de los riesgos inherentes a los procesos de gestación, parto y puerperio. En 1990, la XXIII Conferencia sanitaria panamericana, reconociendo

la importancia de la mortalidad materna, aprobó una resolución de apoyo al Plan de acción regional de América latina y el Caribe para la reducción de la mortalidad materna (11).

#### **4.2.1.4. Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de El Cairo (1994)**

Llevada a cabo en Egipto en 1994, en la cual se trataron temas referidos a derechos sexuales y reproductivos, a las acciones para mejorar la situación de las niñas, el estatus de la mujer, la situación de los adolescentes y la igualdad de género, como componentes básicos para mejorar la salud sexual y reproductiva de la población. Las recomendaciones producto de esta conferencia conforman el programa de acción (12).

Se redactó un texto que enfatiza no promover el aborto como método de planificación familiar, atender los efectos en la salud de la mujer que producen los abortos realizados en condiciones no adecuadas y ofrecer información y servicios a fin de prevenir abortos, también se hizo la afirmación de los derechos sexuales y reproductivos, como base para la salud sexual y reproductiva.

Reconoce mundialmente que el cumplimiento de los derechos de las mujeres y las niñas es fundamental para el desarrollo.

Algunos de los principales compromisos que los líderes mundiales, representantes de organizaciones no gubernamentales, jóvenes, líderes empresariales y grupos comunitarios hicieron públicos en la cita internacional, fue:

Poner fin a las muertes maternas prevenibles, satisfacer la demanda de planificación familiar de todas las mujeres y detener la violencia contra las mujeres y las niñas para el año 2030.

Si bien desde El Cairo a la fecha, se constatan en el mundo avances en lo que respecta a fortalecer la atención a la salud materna y ampliar el acceso a información y servicios anticonceptivos de calidad, aún cada día más de 800 mujeres mueren durante el embarazo y el parto, y 232 millones de mujeres quieren evitar un embarazo, pero no están usando un método anticonceptivo moderno (11).

#### **4.2.1.5. Consenso de Montevideo sobre población y desarrollo 2013**

En el Consenso de Montevideo se reafirma que la mortalidad materna es una afrenta a los derechos humanos y reconociendo que las muertes maternas en su abrumadora mayoría son prevenibles, Preocupados por las elevadas tasas de muertes maternas, en gran medida debidas a la dificultad para acceder a servicios adecuados de salud sexual y salud reproductiva y a la realización de abortos inseguros, y conociendo que algunas experiencias en la región muestran que la penalización del aborto provoca el incremento de la mortalidad y morbilidad maternas y no disminuye el número de abortos, todo lo cual aleja a los Estados del cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, Reconociendo que, a pesar de los avances en la cobertura del tratamiento antirretroviral y en la disminución de la transmisión vertical del VIH, continúan vigentes desafíos en materia de conocimiento y prevención del VIH/SIDA, detección voluntaria oportuna, atención de las personas con VIH/SIDA y eliminación del estigma y la discriminación, que siguen siendo generalizados, en especial respecto de personas LGBT, las trabajadoras del sexo, las mujeres que viven con VIH/SIDA, las personas que usan drogas y otros grupos clave, considerando que las brechas en salud continúan sobresalientes en la región y que las estadísticas promedio suelen ocultar los altos niveles de mortalidad materna, de infecciones de transmisión sexual, de infección por VIH/SIDA y de demanda insatisfecha de anticoncepción entre la población que vive en la pobreza y en áreas rurales, entre los pueblos indígenas y las personas

afrodescendientes y grupos en condición de vulnerabilidad como mujeres, adolescentes y jóvenes y personas con discapacidad, Acuerdan:

- Garantizar una dotación suficiente de recursos financieros, humanos y Tecnológicos para brindar un acceso universal a la salud sexual y la salud reproductiva de todos y todas, incluidos hombres, mujeres, adolescentes, jóvenes, personas mayores y personas con discapacidad, sin discriminación alguna.
- Garantizar el derecho a la salud de los pueblos indígenas, incluidos los derechos sexuales y derechos reproductivos, así como el derecho a sus propias medicinas tradicionales y sus prácticas de salud, sobre todo en lo que se refiere a la reducción de la mortalidad materna e infantil, considerando sus especificidades socioterritoriales y culturales, así como los factores estructurales que dificultan el ejercicio de este derecho (12).

#### **4.2.1.6. Cumbre de Nairobi - Kenia 2019**

La Cumbre se realizó el 12 al 14 de noviembre en Nairobi, la capital de Kenia, El evento se realiza con ocasión de los 25 años de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (ICPD) de El Cairo.

Para promover y acelerar la implementación de las políticas planteadas hace 25 años en la CIPD de El Cairo sobre el acceso universal a la salud y los derechos sexuales y reproductivos en el marco de la implementación de la Agenda 2030 y los ODS.

EL Fondo de Población de las Unidas (UNFPA) menciona que *la Cumbre abrió con la divulgación de nuevas investigaciones que muestran el costo de alcanzar "tres resultados transformadores" 1 cero muertes maternas, 2 cero necesidad insatisfecha de planificación familiar y 3 cero violencia de género y prácticas nocivas, antes de concluir la próxima década* (13).

### **4.3. Marco Nacional**

#### **4.3.1. Constitución Política del Estado**

*Artículo 18 establece que todas las personas tienen derecho a la salud, y que el Estado garantiza la inclusión y el acceso a la salud de todas las personas, sin exclusión ni discriminación alguna.*

Sección II derecho a la salud y a la seguridad social de la Constitución Política del Estado

*Artículo 36. I. El Estado garantizará el acceso al seguro universal de salud. II. El Estado.*

*Artículo 37. El Estado tiene la obligación indeclinable de garantizar y sostener el derecho a la salud, que se constituye en una función suprema y primera responsabilidad financiera. Se priorizará la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades.*

*Artículo 39. I. El Estado garantizará el servicio de salud público y reconoce el servicio de salud privado; regulará y vigilará la atención de calidad a través de auditorías médicas sostenibles que evalúen el trabajo de su personal, la infraestructura y el equipamiento, de acuerdo con la ley.*

*Artículo 45. Parágrafo V establece que las mujeres tienen derecho a la maternidad segura, con una visión y práctica intercultural; gozarán de especial asistencia y protección del Estado durante el embarazo, parto y en los períodos prenatal y postnatal (14).*

#### **4.3.2. Plan Nacional de Desarrollo económico y social 2016- 2020**

El Plan de Desarrollo Económico y Social en el contexto del Desarrollo Integral para Vivir Bien (PDES, 2016-2020), que lleva adelante el Ejecutivo, se centra en los aspectos sociales, culturales y económicos.

El objetivo es mejorar la calidad de vida de los bolivianos, para ello el Gobierno apuesta a que las variables macroeconómicas permitan dar el salto cualitativo que el país necesita.

El PDES prevé una inversión, entre 2016 y 2020, de más de 48 mil millones de dólares en varios sectores productivos, con énfasis en la transformación de materias primas e industrialización.

En salud se ha previsto una inversión significativa, 1.700 millones de dólares se invertirán en hospitales de cuarto y tercer nivel con especialidades en Oncología, Cardiología, Gastroenterología, Nefrourología y Neurología. Estas inversiones irán acompañadas de formación de especialistas, se tiene previsto en este período avanzar significativamente hacia la universalización del acceso a los servicios de salud (15).

Tiene como Meta 1: Acceso universal al servicio de salud y se espera como resultado reducir en al menos el 50% la razón de mortalidad materna (a 115 muertes por cien mil nacimientos) (15).

#### **4.3.3. Plan sectorial de desarrollo integral para vivir bien 2016-2020**

El Plan Sectorial de Desarrollo Integral para Vivir Bien 2016 - 2020 ha sido elaborado en el marco de la Ley N° 777, del Sistema de Planificación Integral del Estado Plurinacional de Bolivia - SPIE, a partir del Plan de Desarrollo Sectorial 2016 - 2020 concluido en octubre del 2015.

En su Objetivo Estratégico 2; plantea la implementación del Sistema Único de Salud (SUS) familiar Comunitario Intercultural”, y en el objetivo estratégico 4 busca OE 4; que la población ejerza sus derechos y obligaciones en salud

El PSDI incorporó pilares, metas, resultados y acciones. En el Pilar 3: se refiere en Salud, Educación y Deporte, este pilar tiene dos metas: Meta 1: Acceso universal al servicio de salud. Meta 2: Integración de salud convencional y

ancestral con personal altamente comprometido y capacitado. En resultado 81 busca reducir en al menos el 50% la razón de mortalidad materna (16).

#### **4.3.4. Plan acelerado de reducción de Mortalidad Materna**

Consta de seis líneas estratégicas orientadas a tratar las causas de ese problema en el país, con el objetivo de reducir las tasas de mortalidad materna en el país altiplánico (15).

Primera estrategia marca un trabajo conjunto con la comunidad para llegar a las poblaciones excluidas.

Segunda pone énfasis en los cuidados obstétricos neonatales al alcance de las mayorías.

La tercera estrategia se refiere a transformar los establecimientos de salud para que brinden servicios con calidad, que sean amigables y respeten la diversidad cultural.

La cuarta, garantiza la disponibilidad, acceso y uso racional de los medicamentos durante el embarazo, la quinta apunta a innovar la infraestructura y tecnología de los servicios de salud, en coordinación con los gobiernos departamentales y municipales.

La sexta permitirá evaluar periódicamente ese Plan de Reducción Materna y monitorear sus avances.

#### **4.3.5. Bono Madre Niño-Niña “Juana Azurduy”**

El Bono Juana Azurduy se establece mediante el Decreto Supremo No. 066 el 3 de abril 2009 en el marco del Programa de Desnutrición Cero y las políticas de erradicación de la extrema pobreza.

Su objetivo es incentivar a la maternidad segura y al desarrollo integral de la población menor de dos años para lograr disminuir la tasa de mortalidad materna e infantil y la desnutrición crónica de los niños y niñas menores de 2 años (22).

Se establece el 27 de mayo de 2009 como la fecha del inicio del programa. Se trata de un programa de transferencias condicionadas para mujeres gestantes y niños menores de dos años (15).

Para poder cobrar los bonos, las mujeres gestantes deben acudir a cuatro controles prenatales, acceder a tener un parto institucional más el control post-natal

#### **4.4. Determinantes de la Mortalidad Materna**

##### **4.4.1. Determinantes sociales**

Desde la perspectiva de la Organización Mundial de la Salud citado por el Ministerio de Planificación y Desarrollo, los determinantes sociales de salud (DSS) se definen como las condiciones sociales en las cuales viven y trabajan las personas. Donde Tarlov, hace referencia a “las características sociales dentro de las cuales la vida tiene lugar”, también integran los sistemas que se ponen en marcha para hacer frente a la enfermedad (15).

Incluyen tanto las características específicas del contexto social que influyen en la salud como las vías por las cuales las condiciones sociales en que la gente vive se traducen en efectos en salud (15).

El análisis de la mortalidad materna desde el enfoque de los determinantes sociales de la salud, aborda las problemáticas en salud desde la complejidad propia de las estructuras y dinámicas sociales, donde se producen y reproducen las condiciones de vida en la que las mujeres según sea su grupo social desarrollan sus capacidades y por tanto se posibilitan condiciones de bienestar

o por el contrario, desventajas sociales que la fragilizan socialmente como mujeres gestantes, propiciando resultados en salud desfavorables e inequitativos (16).

La evidencia científica demuestra que las causas relacionadas con la muerte materna no son solo resultados de las alteraciones y fallas orgánicas, sino que están determinadas por las condiciones de vida y la calidad en la atención del embarazo, parto y puerperio. Por tanto, la salud para este grupo, como para cualquier otro, no es solamente un hecho natural sino un constructo social (16).

En la actualidad es diversa la literatura y las experiencias que a nivel nacional y regional muestran el trabajo en la disminución de la mortalidad materna desde el enfoque de determinantes sociales.

Lozano menciona que la disminución de este evento está estrechamente relacionada con el comportamiento de los determinantes de la mortalidad materna en donde se incluyen los biológicos, la calidad de la atención prenatal y los aspectos sociales (11).

Chávez-Courtois y colaboradores plantean que la disminución de la mortalidad materna requiere de esfuerzos institucionales y comunitarios en acciones de vigilancia en salud pública, participación social y respuestas intersectoriales que atiendan aspectos como el incremento de cobertura de servicios, así como el mejoramiento de los indicadores de desarrollo, el incremento en la escolaridad básica y el aumento de la vialidad en áreas rurales, entre otros (11).

El modelo propuesto por la Comisión de Determinantes Sociales en Salud (CDSS), de la OMS, que busca integrar diferentes enfoques al respecto y construir un modelo integral de los determinantes sociales de la salud que logre:

a) Aclarar los mecanismos por los cuales los determinantes sociales generan inequidades de salud.

- b) Indicar cómo los determinantes se relacionan entre sí.
- c) Proporcionar un marco para evaluar cuáles son los DSS que es más importante abordar.
- d) Proyectar niveles específicos de intervención y puntos de acceso de implementación de políticas para la acción en torno a los DSS que comprenden varias de las propuestas que se han realizado en el tema, para sintetizar el complejo entramado de relaciones entre los diferentes niveles de determinantes (11).

Las dimensiones sociales desde las cuales se presentan las situaciones que determinan la mortalidad materna:

**Género** Es considerado como un determinante central para el estudio de la muerte materna, pues describe la dominación del hombre sobre la mujer; el contenido de la identidad femenina ligada a la maternidad; el lugar que ocupa la mujer en la familia y en la comunidad; y los significados de ser hombre y ser mujer. El género surge a través de un proceso de construcción social que define lo masculino y lo femenino a partir de los sexos biológicos, hasta establecer las posiciones de poder entre los mismos (11).

**Ocupación** Con este aspecto se busca identificar la posición social de la mujer al interior del sistema productivo e indagar sobre ingresos económicos, que en la mayoría de los casos se constituyen en una barrera importante para garantizar una maternidad segura.

**Nivel Educativo** El nivel educativo permitirá analizar la relación existente entre la escolaridad de las mujeres y su nivel socioeconómico, teniendo en cuenta que a medida que el número de años de educación formal que poseen es mayor, los ingresos de los hogares tienden a ser mayores (11).

Las diferencias en la educación están asociadas con las condiciones del estándar de vida que dependen del nivel de ingresos, representan además la desigualdad en la distribución de un recurso del que dependen las posibilidades de participación y de respuesta ante situaciones que afectan la salud. El nivel educativo marca grandes diferencias en el nivel de la fecundidad y en el uso de anticonceptivos (11).

**Autonomía** La autonomía se relaciona con la capacidad de toma de decisiones relacionadas con la salud y la calidad de vida, al igual que el ejercicio de exigibilidad de sus derechos (11).

Las muertes maternas y los trastornos relacionados con el embarazo no se podrán reducir sin la autonomía de la mujer. La autonomía de la mujer, en particular su acceso a la información sobre la salud y al control de recursos como el dinero, son factores importantes para lograr la igualdad entre los sexos y la equidad sanitaria.

**Violencia hacia la mujer** A nivel nacional e internacional se está avanzando en la importancia de considerar las muertes violentas de embarazadas o puérperas como muertes maternas, particularmente si la violencia está relacionada con la condición de género.

La violencia intrafamiliar como problema de salud (o condición de no salud) no corresponde epistemológicamente (o semánticamente) hablando a una condición fisiopatológica de enfermedad, sino a una condición social. Sin embargo, si el embarazo desata o agrava la violencia intrafamiliar, y subsecuentemente se llega a la muerte, correspondería considerarla, al menos teóricamente, como una causa de muerte obstétrica indirecta (11).

**Prácticas no seguras durante el embarazo, parto o postparto** La determinación cultural posibilita prácticas culturales en torno a la maternidad, que en algunas situaciones se constituyen en factores protectores para una

maternidad segura, pero en otros casos se convierten en determinantes sociales negativos para la salud materna. Las creencias, mitos y tabúes alrededor de la maternidad muchas veces se conjugan en la figura de la partera, en quien se deposita gran parte de la responsabilidad para el cuidado de la reproducción biológica y sociocultural (11).

**Ingresos familiares y toma de decisiones** Los ingresos familiares se constituyen en un factor importante para evaluar la mortalidad materna. Cuando estos son escasos, se convierten en una barrera de acceso a los servicios de salud, además de un condicionante importante para la seguridad alimentaria, las condiciones de vivienda o el acceso al sistema educativo, entre otros.

Cuando los ingresos son bajos, la toma de decisiones respecto a la salud de la mujer en el seno de la familia constituye un problema crítico por cuanto depende exclusivamente del esposo, de sus familiares o de los familiares de este. Cuando el embarazo o el parto conllevan algún riesgo, tal situación introduce restricciones en la elección de opciones de atención fuera de la comunidad, de modo que el embarazo y el parto son atendidos por parteras, familiares o por la pareja (11).

#### **4.4.2. Modelo de las tres demoras**

Cualquier demora en la atención de una mujer embarazada, en trabajo de parto, parto o después del parto que atraviesa una complicación grave puede causarle la muerte o una discapacidad severa. Igual peligro enfrentan el feto y el recién nacido/a.

La demora, que constituye un impedimento, un obstáculo o un bloqueo, puede ocurrir en la familia, en la comunidad donde reside la mujer, o en la red de establecimientos de salud al que acude. Así, la demora se perfila como un factor fundamental en la ocurrencia de muertes maternas, perinatales y discapacidades (17).

Las tres demoras que pueden ocasionar mortalidad materna y perinatal, estas descritas en la Norma Nacional de Sistema de Vigilancia Epidemiológica del Mortalidad Materna:

**Relacionado con el nivel de educación:**

**Demora I** Decisión de buscar ayuda.

- No reconocer las señales de peligro durante el embarazo, parto y post parto.
- No reconocer la complicación que amenaza la vida
- No saber dónde acudir por ayuda
- Bajo status de la mujer
- Distancia, falta de transporte, erogaciones
- Baja reputación del establecimiento de salud

**Relacionado con el nivel de servicios:**

**Demora II** Traslado hasta el establecimiento de salud.

- Distancia hasta el establecimiento de salud
- No disponibilidad de transporte, o deficiente, o caro
- Vías de comunicación no expeditas.
- Comunidad no organizada para traslado de emergencias
- Establecimiento más cercano con baja capacidad resolutive

**Demora III** Atención recibida.

- Personal de salud no disponible, o no capacitado
- Medicamentos y suministros escasos o no disponibles
- Planta física y equipamiento no adecuados

- Establecimiento de salud mal organizado, no actúa con prontitud ni eficacia

Thaddeus y col. en 1994, realizaron un estudio multicéntrico de complicaciones relacionadas con el embarazo, parto y puerperio en 500 mil mujeres a nivel mundial identificando las diferentes dificultades que enfrentaban para lograr la atención obstétrica oportuna y de calidad. Estas demoras fueron agrupadas en tres etapas: (17).

1- Demora en decidir buscar atención: la decisión de buscar ayuda es el primer paso para recibir cuidados obstétricos de emergencia. Depende de las capacidades y oportunidades de la complicación que amenaza la vida, así como de la información de la que dispone mujer y su entorno para reconocer una acerca de a dónde puede acudir. La distancia a la instalación de salud, disponibilidad, eficiencia del transporte y costos, influyen en la toma de decisión de buscar ayuda.

2- Demora en identificar y acceder a un servicio de salud: depende de la distancia al servicio de salud, la disponibilidad y eficiencia del transporte y el costo de los traslados.

3- Demora en obtener el tratamiento adecuado y oportuno: es importante recordar que las mujeres mueren en los hospitales, habiendo sobrepasado las barreras de las etapas 1 y 2. La provisión de cuidados obstétricos de emergencia depende del número y la disponibilidad de personal capacitado, la disponibilidad de medicamentos, suministros e insumos (antibióticos, sulfato de magnesio, sangre segura) y de la infraestructura (quirófanos) del servicio de salud, es decir, de la condición general de la instalación. (18)

Tal como El Castre et al (2005) (18) es importante recordar que las mujeres mueren en los hospitales, después de haber sobrepasado las barreras 1 y 2. La provisión de atención obstétrica de emergencia depende de un número de

factores, incluyendo el número de personal capacitado, disponibilidad de medicamentos y suministros, y la condición general de la instalación. Además, existe un elemento crucial, el de la administración. Una instalación puede tener todo su personal y suministros requeridos, y aun así brindar un mal servicio.

Dentro de las referencias consultadas se encontraron solo 2 trabajos que abordaron el problema de la MM mediante el modelo de las demoras, el primero realizado en Jamaica en el período 1981-1983, reporta una tasa de MM de 108 por 100 000 NV, los autores concluyen que la demora en tomar acciones por parte del personal médico ante una complicación grave estuvo presente en el 39 % de los casos, en el grupo de mujeres de alto riesgo, la demora en acudir al hospital se observó en un 14 %. (18)

El segundo trabajo fue realizado en Haití, el análisis de 12 casos ocurridos entre 1990-1991, mostró que la demora más importante era el retraso en acudir a la atención médica, presente en el 66,7 % de los casos, seguida de una atención inadecuada en el centro médico 58,3 % de los casos (18).

#### **4.4.3. Eslabones críticos**

La metodología de detección de eslabones críticos en la prevención de mortalidad materna, es una herramienta gerencial para mejorar la calidad y la oportunidad de los procesos de atención clínica (19).

El modelo prioriza a través del análisis objetivo de la ruta de atención de la fallecida en particular, determinar dónde hubo falta del cumplimiento del marco normativo, oportunidad de referencia, omisiones, retraso en la atención, detección de riesgos, falta de recursos humanos o insumos, congruencia diagnóstica, entre otros.

Sus dos los objetivos primordiales de los eslabones críticos son:

- Sistematizar el análisis de cada caso de muerte materna como un evento «rastreador o trazador» para detectar continuamente los errores perfectibles, tanto de la atención directa, como de los procesos organizacionales que la sustentan.
- Apoyar a los Comités de Mortalidad Materna a transformar la información que recogen, en *Conocimiento estratégico*.

Cada caso de muerte materna nos sirve para identificar errores ya sea por la omisión, por la dilación o por la insuficiente calidad con la que se dio un servicio. Del análisis de eslabones deriva la identificación de mejoras indispensables para evitar el fallecimiento de las mujeres.

**Esquema 1: Cadena de eslabones que describe la secuencia de servicios para la mujer embarazada según el Modelo de Atención**



Fuente: Núñez R. Detección de eslabones críticos en los procesos de atención EN: UNICEF, (2008)

El modelo de atención sustenta cada uno de estos eslabones mediante lineamientos y normas técnicas de atención. Estos lineamientos sirven de parámetro para evaluar la suficiencia, oportunidad y calidad de la atención que recibió la mujer durante el embarazo, el parto, y el puerperio (19).

La falla para reconocer de manera temprana el deterioro en la condición clínica de una paciente que la pone en peligro de muerte se llama «falla para rescatar», este concepto no implica negligencia o falta de profesionalismo, sino la poca experiencia y en ocasiones la poca preparación académica del personal de salud hospitalario o la sobrecarga de trabajo que impiden reconocer los signos tempranos de deterioro y responder rápidamente para resolverlos de manera integral.

Esta es la base de la creación de los equipos de respuesta rápida tienen la finalidad de reducir las muertes innecesarias, a través de un protocolo de acción que incluye la valoración integral de cinco signos de alarma: taquicardia, taquipnea, hiper/hipotensión, desaturación y cambios en el estado de conciencia (20).

### **Evitabilidad de la Mortalidad Materna**

La mortalidad es un fenómeno demográfico que se caracteriza por ser inevitable, no repetible e irreversible.

Es inevitable, porque todo individuo perteneciente a una generación lo experimentará, quedando únicamente por determinar el momento, es decir, la edad de la muerte.

Es no repetible, porque cada persona solo lo puede experimentar una sola vez.

Es irreversible, porque supone un cambio de estado de vivo a muerto, sin posibilidad de retorno al anterior. Estas tres características distinguen a la mortalidad de otros fenómenos demográficos, y determinan cualquier análisis que se lleve a cabo sobre ella (21).

Paradójicamente, es posible hablar de la mortalidad evitable o más bien de la evitabilidad de la muerte, transformando los datos en un hecho epidemiológico que se analiza en el contexto histórico social.

El término preciso para expresar este indicador sería “evaluación de muertes por causas evitables, intervenibles, prevenibles o reducibles, el indicador sería índice de muertes por causas evitables” y los indicadores de impacto de las acciones transformadoras serían “índices de prolongación del ciclo vital y calidad del mismo (21).

Recuperar en una muerte la historia de vida y su relación con lo colectivo, explica cómo se desencadenó el evento final y posibilita que sobre ese contexto sea posible intervenir y no sobre el hecho en sí, sino en la transformación de la realidad para evitar próximos eventos. Hablar de lo evitable rescata la responsabilidad individual y colectiva en cada ciclo vital, por ende en su desarrollo y finalización (21).

Sin embargo, la evitabilidad es un indicador que no se puede construir categóricamente, no obedece a una teoría infalible sino que, por definición, requiere reconstruir la circunstancia, y en este sentido, se reconoce su transitoriedad y dinamismo; requiere valoración del contexto en que sucede el evento señalado.

Por esto no es posible construir un listado irrefutable de causas evitables de muerte; cada muerte o índice de muertes por una causa definida requiere siempre para su clasificación de evitable o no, una contextualización del fenómeno. Es necesario precisar el contexto y ámbito en el cual se desarrolla el análisis para la clasificación de evitable o prevenible, el cual permite identificar en mayor o menor grado los puntos críticos a intervenir para su prevención (22).

#### **4.5. Normativa Nacional**

##### **4.5.1. Norma Nacional del Sistema de vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Materna.**

El Ministerio de Salud y el Servicio Departamental de Salud SEDES, han planteado un modelo de Vigilancia Epidemiológica y Análisis de Situación de salud con varios componentes, entre ellos la mortalidad, para contar con información que permita orientar las políticas de prevención y control de los primeros daños que afectan a la población de madres bolivianas en general (16).

Es un proceso continuo y sistemático de recolección, análisis, interpretación y difusión de datos relacionados con la identificación, notificación, medición, determinación de causas y prevención de muertes maternas, con el propósito de formular estrategias de prevención adecuadas (Sobre la base de la definición general elaborada por el CDC de Atlanta).

Plantea como objetivo

- general: conocer la estructura de las causas biológicas de la mortalidad materna y sus factores sociales asociados, para contribuir en la prevención y control de la morbilidad y mortalidad durante el embarazo, el parto y el puerperio

Y como objetivos específicos:

- Orientar las políticas y estrategias dirigidas a la reducción de la morbilidad y mortalidad maternas y medir el impacto de las medidas implementadas.
- Mejorar la efectividad y la utilización de los recursos y la capacidad institucional y social en beneficio de la salud de las mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio.
- Lograr el compromiso de profesionales de salud, líderes comunitarios y otras instituciones para prevenir las muertes maternas.
- Establecer una red de vigilancia de la mortalidad materna con participación de la comunidad, que facilite la adopción de decisiones en el nivel local.

El Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Materna se plantea alcanzando metas incidiendo en:

- Mejoramiento de la calidad de atención de la salud de la mujer, mejorando la capacidad resolutoria de los servicios.

- La promoción de las formas de prevención de los riesgos responsables de la alta mortalidad materna.
- Aumento de las coberturas de parto institucional con adecuación cultural y humanizada.
- Finalmente el fortalecimiento de la capacidad de gestión de la Salud Sexual y Reproductiva en los servicios de salud.

Este proceso técnico de vigilancia epidemiológica:

- Identifica problemas, necesidades y deficiencias.
- Educa al personal de salud, a la comunidad, a las autoridades y líderes locales, a los miembros de los comités.
- Es preventiva, porque trata de evitar que ocurran otras muertes maternas por las mismas causas identificadas.
- Es un proceso global, porque descubre causas biológicas y no biológicas relacionadas con las defunciones maternas.
- Es confidencial, porque los nombres de personas e instituciones son resguardados

Los comités de estudio

Un comité de estudio de la mortalidad materna, es un grupo de personas encargado de obtener información, analizarla, estudiarla y emitir informes y recomendaciones sobre cada muerte materna a las instancias respectivas, y asumir las acciones que le corresponda; su finalidad es contribuir a la reducción de esas defunciones en el territorio de su competencia. En el SVEMM existen los siguientes comités: Comités Comunitarios, Comités Técnicos Locales, Comités Técnicos Hospitalarios, Equipos Técnicos Departamentales, Equipo Técnico Nacional.

#### **4.5.1.1. Aspectos operativos de la vigilancia epidemiológica**

Con la vigilancia epidemiológica se pretende mantener actualizado el registro y correspondiente conocimiento de la situación de la mortalidad materna. Para lograr esto, los datos procederán tanto de los servicios de salud (defunciones ocurridas en hospitales y en establecimientos con camas de maternidad) como de la comunidad (muertes domiciliarias y las que ocurran fuera de las instalaciones de salud) (11), para esto es necesario conformar:

Una red de información de los servicios de salud (municipales, de los seguros de salud, de las Iglesias, ONG y privados), basada en el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Salud, entre cuyos componentes está la mortalidad. En esta red ocurrirá todo el proceso de vigilancia epidemiológica; es decir: la notificación, el registro del caso confirmado, la investigación (autopsia verbal; autopsia institucional), el análisis, las conclusiones, la toma de decisiones y la difusión.

Redes sociales, entre cuyas funciones está la identificación de las muertes maternas (especialmente las domiciliarias) y su notificación al servicio de salud más cercano. La tarea puede ser cumplida por organizaciones sociales (ONG, defensorías de la salud, comités de vigilancia, juntas vecinales, sindicatos agrarios, clubes de madres) pero también por agentes comunitarios de salud, voluntarios de salud, parteras y parteros tradicionales, párrocos, líderes locales, responsables de cementerios, oficiales de registro civil y personas particulares. En estas redes sociales habrá también actividades de: (a) identificación y notificación de defunciones y (b) análisis, conclusiones, toma de decisiones y difusión, éstas a través de los CAI comunales.

Por tanto, las etapas del proceso de vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna son las siguientes: Identificación y notificación de muertes maternas

Las defunciones maternas que ocurren en los servicios de salud quedan registradas en las historias clínicas y en los libros de atención de parto, y su reporte al SNIS es mensual. En cambio, la identificación de las que ocurren en domicilio, para que no pasen desapercibidas, depende de las redes sociales, a partir de los hogares.

Identificada una muerte materna probable, corresponde notificarla. Notifica cualquier miembro del personal de salud y de la comunidad. La notificación será de muertes maternas ocurridas en lo que va del año, aunque hubieran transcurrido varias semanas o incluso meses.

Lo ideal es que se haga la notificación transcurrido el menor tiempo posible desde la muerte, por lo que se dispone la notificación inmediata de las muertes maternas detectadas, es decir tan pronto se tenga conocimiento de que ocurrieron. Las defunciones ocurridas en domicilio serán notificadas al servicio de salud más cercana, y éste, a su vez, también de forma inmediata, a la Gerencia de la Red de Servicios, o a la Unidad de Vigilancia y Análisis de Situación de Salud.

Las defunciones que ocurran en servicios de salud del primer y segundo nivel de atención de cualquier institución pública o privada, serán notificadas de inmediato a la Gerencia de la Red de Servicios, o a la Unidad de Vigilancia. Las defunciones maternas en hospitales departamentales y especializados serán notificadas de inmediato al Servicio Departamental de Salud.

La notificación comunitaria al servicio de salud puede ser realizada de forma verbal, en un papel cualquiera o mediante un formato con dibujos (ver el prototipo del anexo). Estos casos, y los que ocurran en servicios de salud serán registrados en el formulario denominado: Notificación Semanal de Alerta-Acción, cuyo llenado corresponde a cada servicio de salud.

Además de la notificación inmediata, cada semana, las defunciones maternas registradas en el formulario de alerta-acción, serán notificadas a la Gerencia de la Red de Servicios o a la Unidad de Vigilancia; de éstas al Servicio Departamental de Salud o a la Unidad de Vigilancia Departamental, que a su vez notificarán a las instancias respectivas del Ministerio de Salud y Deportes. La notificación semanal de los hospitales departamentales y especializados se hará directamente al Servicio Departamental de Salud.

En el nivel departamental y nacional, copias individuales o de información electrónica consolidada deberán llegar a las reparticiones de Atención a las Personas, Atención a la Salud de la Mujer, o de Salud Sexual y Reproductiva.

#### **4.5.1.2. Ficha epidemiológica de muerte materna**

**Parte I** (autopsia verbal), mediante entrevista a un familiar o conocido de la madre que falleció. Con esta actividad se consigue, primero confirmar y también documentar cada caso de defunción (23).

La aplicación de la ficha estará a cargo de un médico, una enfermera, una auxiliar de enfermería, o de una trabajadora social o un responsable popular de salud suficientemente capacitados. Contiene preguntas que permiten detectar los factores relacionados con las dos primeras “demoras”; es decir:

La identificación del problema y a continuación la decisión de buscar ayuda cuando hay una complicación que amenaza la vida y, los esfuerzos familiares y comunitarios para que la embarazada llegue hasta un servicio de salud.

Es decir, con este formulario es posible sacar a luz tanto las situaciones que facilitan como las que perjudican el acceso a los servicios de salud en dos ámbitos: el familiar y el de la comunidad o localidad donde residía la difunta.

Sin embargo, puede ser conveniente que la autopsia verbal no sea realizada de forma inmediata. Hay que darle un tiempo a la familia para que se recupere emocionalmente: dos o tres semanas de espera puede ser un tiempo prudente.

**Parte II** (Autopsia Institucional) Si la muerte materna ocurrió en hospital o servicio de salud con camas de maternidad (o incluso si ocurrió en un servicio con atención exclusivamente ambulatoria), con la intención de documentar la atención ofrecida y sus resultados. La decisión sobre la persona que aplicará esta sección de la Ficha Epidemiológica correrá a cargo del Comité Local o, en su defecto, de la Gerencia de la Red de Servicios (23).

También en estos casos puede ser conveniente que dejar pasar un tiempo prudente (2 a 3 semanas), antes de la entrevista, a fin de que el personal de salud donde ocurrió la defunción supere sus conflictos y pueda proporcionar información verdadera y confiable.

Dejar pasar el tiempo antes de investigar es también una estrategia aconsejable cuando una muerte materna hospitalaria da lugar a conflictos. Sin embargo, en ambas situaciones, puede ser prudente que la Gerencia de la Red de Servicios o el Comité Local de Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Materna recupere antes una copia del expediente clínico para evitar su extravío o alteración.

Es importante recordar que en todos los casos de defunción materna (tanto en las domiciliarias como en las que ocurren en establecimientos de salud), es necesario aplicar la Parte I de la Ficha Epidemiológica de Muerte Materna, es decir de Autopsia Verbal (23).

#### **4.5.1.3. Registro de las muertes maternas**

Con la aplicación de la ficha epidemiológica de autopsia verbal se establece si la defunción notificada como materna, es realmente una muerte materna o no lo es.

Solamente las defunciones confirmadas como maternas serán notificadas mensualmente al SNIS. Asimismo, serán las únicas que se utilicen para las reuniones de Comités, la elaboración de Informes de Conclusiones y para la publicación de reportes semestrales o anuales.

### **Identificación y análisis de problemas y sus soluciones**

El análisis de la información contenida en los formularios relativa a cada caso investigado, corresponde a un Comité, pero es importante tener en cuenta que el trabajo no termina con el estudio de cada caso y su simple discusión al interior del mismo. Por tanto, los pasos del trabajo del Comité al analizar cada defunción deben ser los siguientes:

- estudio del contenido de los formularios, para establecer si los datos son confiables y completos. El Comité puede disponer que se repita o complete la investigación

### **Identificación de aquellos factores que tienen que ver con las tres “demoras”;**

Emisión de una opinión, por consenso, sobre los elementos sociales y de la atención que determinaron el fallecimiento. Para todos los Comités, esa opinión deberá quedar registrada en el Informe de Conclusiones. (Parte III de la Ficha Epidemiológica de Muerte Materna);

identificación de las actividades que permitirían corregir aquellos factores vinculados con la defunción, así como los responsables de realizarlas y los plazos, recursos (si corresponde) e instrucciones que sería preciso impartir para dar a conocer las decisiones adoptadas por el Comité;

### **Seguimiento a las decisiones adoptadas;**

Difusión de la información, del caso individual (si corresponde), o de un conjunto de casos confirmados y documentados.

Cuando las defunciones son identificadas, notificadas e investigadas, y se realiza actividades para evitar futuras muertes por las mismas causas biológicas y sociales, ocurre un aprendizaje entre los actores del proceso, es decir el personal de salud, las familias, las comunidades y sus líderes.

#### **4.5.1.4. El flujo de la Ficha Epidemiológica de Muerte Materna**

De la Ficha Epidemiológica de Muerte Materna (Parte I, Autopsia Verbal), una copia debe quedar en el servicio que se hace cargo de aplicarla en domicilio, otra va a la Gerencia de la Red de Servicios o a la Unidad de Vigilancia, y el original al SEDES (a través de la Gerencia de la Red), a la instancia encargada de la Atención a las Personas, Atención a la Salud de la Mujer, o de Salud Sexual y Reproductiva.

Cuando ocurra una muerte materna en alguna instalación de salud, pública, privada, de ONG o Iglesia, se aplicará además la Parte II (Autopsia Institucional), de la que una copia quedará en el servicio donde ocurrió la defunción, otra en la Gerencia de la Red de Servicios o en la Unidad de Vigilancia, en tanto que el original será remitido al SEDES, a la instancia encargada de la Atención a las Personas, Atención a la Salud de la Mujer, o de Salud Sexual y Reproductiva.

Para el caso de los hospitales departamentales e institutos especializados, dos copias de las Partes I y II de la ficha quedarán en el servicio, en tanto que los originales serán remitidos directamente al Servicio Departamental de Salud, a la respectiva instancia responsable.

Las fichas con los datos de los estudios de caso deberán estar disponibles para su utilización por los respectivos Comités y Equipos Técnicos.

A nivel nacional (Unidad de Atención a las Personas) llegarán copias fotostáticas del original o archivos electrónicos, remitidos por los Servicios Departamentales de Salud.

#### **4.5.2. Norma de atención del continuo de la vida**

El texto "Continuo de atención en el curso de vida" del Ministerio de Salud y Deportes contribuye a brindar atención integral en salud a la población, accediendo a servicios calificados durante el curso de vida (sobre todo en salud reproductiva, embarazo y parto, atención al recién nacido, niño/a y adolescentes), en establecimientos de primer nivel de atención.

Este documento incluye los 30 Cuadros de Procedimientos específicos; cuadros que brindan información de respaldo para realizar orientación y tomar decisiones usando hojas de atención sistematizada, curvas de crecimiento, curvas de IMC y otras herramientas técnicas.

El "continuo de atención", con dos significados, primero que la atención o cuidado debe ser provista como un continuo a lo largo del ciclo de la vida, incluyendo la adolescencia, la gestación, el nacimiento y la niñez; y segundo que esta atención debe proporcionarse en un continuo perfecto que se extiende por el hogar, la comunidad, el centro de salud y el hospital (24).

La propuesta es ser más eficientes en lo que hacemos, están identificadas hace mucho tiempo las intervenciones más efectivas para reducir mortalidad materna, neonatal y de la niñez, determinar la combinación de aquellas que se ajusten mejor a las condiciones epidemiológicas, de estructura y funcionamiento de los sistemas de salud de cada país, para asegurar resultados con calidad (25).

La OMS ha propuesto paquetes de atención, basados, entre otros, en los principios de acceso universal, respeto a los derechos humanos, con énfasis en los grupos más vulnerables, con sensibilidad cultural y equidad. Son 7 los paquetes básicos que consideran el ciclo de la vida y el continuo de la atención: planificación familiar, atención de aborto seguro, gestación, parto, atención de la madre puérpera, atención del recién nacido y atención durante la infancia y la niñez (26).

El propósito es buscar atención integral y de calidad a lo largo del ciclo de la vida, con un continuo de intervenciones de prevención de enfermedades, promoción de la salud, evaluación, tratamiento y rehabilitación, según corresponda; en los diferentes niveles de atención en el marco de la propuesta de salud familiar, comunitaria e integral.

#### **4.5.2.1. Normas nacionales de atención clínica**

El Ministerio de Salud y Deportes (MSD) ente rector del sector salud tiene como primer eje del Plan Sectorial de Desarrollo 2010-2015 el “Acceso Universal al Sistema Único de Salud”, cuyo objetivo estratégico es lograr que toda la población, en sus diferentes ciclos de vida y en igualdad de condiciones, tenga acceso universal gratuito a servicios de salud integrales y de calidad.

Este Programa de “Universalización y Equidad del Acceso al Sistema de Salud”, plantea eliminar con equidad las barreras de acceso al Sistema de Salud: económicas, geo-fisiográficas, culturales y de calidad.

A su vez, el Proyecto Sectorial, dirigido a los “Recursos Humanos en Salud y a Redes de Servicios” funcionales y de calidad, se enfoca en las barreras internas, relacionadas con la calidad de atención, lo que determina la necesidad de mejorar en forma continua la oferta de servicios en los establecimientos de salud para la implementación del Sistema Único de Salud (SUS). En esta medida, el personal de los distintos establecimientos de salud, para dispensar

sus servicios, debe disponer de instrumentos que posibiliten su adecuado desempeño y asimismo prevean y/o eviten posibles fallas en la atención a las personas o pacientes, a sus familias y a la comunidad (27).

En este sentido, el Ministerio de Salud y Deportes como cabeza de sector tiene como una de sus responsabilidades indelegables la regulación. En tal virtud, en la gestión 2008 se publicaron tres normas: la Norma Nacional de Red Municipal SAFCI y Red de Servicios, la Norma Nacional de Caracterización de Establecimientos de Salud de nivel I que regula no sólo el funcionamiento sino también la infraestructura, el equipamiento y la organización de los establecimientos de nivel I, y la Norma Nacional de Referencia y Contrarreferencia, que regula una de las actividades más importantes relacionada a la capacidad resolutoria de las redes de servicios (27).

Si bien estas tres normas llenan un vacío normativo por primera vez fue asumido por el MSD, existen diferentes áreas que aún deben ser reguladas o en el caso de que cuenten con su normativa deben ser sujetas a monitoreo y evaluación, para lo cual también es necesario la elaboración o la actualización de la regulación correspondiente (27).

Este documento de las Normas Nacionales de Atención Clínica (NNAC), tiene como finalidad aportar al mejoramiento de la atención en el marco de la SAFCI, facilitando la labor del personal de salud responsable de la atención en el marco de sus cuatro principios: integralidad, participación social, intersectorialidad e interculturalidad.

Ante la constatación de que aproximadamente el 90% de los establecimientos del sistema de salud de nuestro país corresponden al nivel I, y además que el 48% de estos están bajo la responsabilidad de auxiliares de enfermería, que deben enfrentar situaciones de difícil solución, la presente norma contribuirá a subsanar éstas y otras debilidades, con el fin o propósito de preservar y salvar

vidas, logrando de esta manera la satisfacción plena de los usuarios y usuarias (27).

Una de las necesidades fundamentales del ser humano es la de ser reconocido como persona digna por sí misma, y recibir atención diligente y amable, más allá de las diferencias culturales, sociales, de idioma, religión, edad, pertenencia étnica o género.

Cuando una persona enferma acude a un establecimiento de salud, así sea por primera vez, enfrenta en mayor o menor grado una situación de crisis, que se caracteriza por tres aspectos:

- Se siente amenazada, aún si no lo está, como es el caso de una mujer embarazada que acude al control prenatal, presentando angustia y ansiedad no sólo por ella misma sino también por su hijo o hija. Si en cualquiera de estos casos es además pobre o indigente y/o de otra cultura o etnia, el temor es mayor.
- El segundo factor de crisis es la pregunta que se plantea sobre la capacidad y disposición de atenderla y/o curarla, por el equipo de salud (médicos, enfermeras, odontólogos u otro personal de salud). Serie Documentos Técnico – Normativos (16).
- El tercer factor es la posibilidad de que sus relaciones familiares, sociales y de trabajo, sean afectadas como resultado de su hospitalización, por la enfermedad misma, por el parto o como consecuencia de la emergencia (27).

Cuando el enfermo, la embarazada, la parturienta, el joven o el anciano es acogido de mala manera, en la ventanilla de información, en la consulta, en la sala de admisión, en el consultorio odontológico, en la sala de partos, en la sala de hospitalización, en el laboratorio, o en cualquier otro espacio del

establecimiento de salud, sin que nadie reconozca y comprenda sus tres factores de crisis, se debilita moralmente, se deprime y se siente un extraño, pudiendo desarrollar sentimientos de ira y frustración.

Para responder adecuadamente a la necesidad de las personas de obtener atención en un servicio de salud se requiere paciencia, respeto, empatía y solidaridad. Asimismo, teniendo en cuenta que cada persona es un ser individual, en el cual se debe desarrollar diversas habilidades y destrezas de relacionamiento personal, los operadores en salud deberán aplicar éstas indistintamente. Paciencia con los niños, respeto con los ancianos, empatía con las y los adolescentes, etc. Y con todos, competencia técnica (27).

#### **4.5.3. Norma nacional, reglas, protocolos y procedimientos en anticoncepción.**

Actualizada al 2009, se inscribe en el contexto de la política de Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI), buscando operacionalizar una oferta racional de métodos anticonceptivos, respetando los derechos de la población, enmarcado en el artículo 66 de la Constitución Política del Estado, promulgada en febrero de 2009, donde se garantiza el ejercicio y cumplimiento de los derechos sexuales y derechos reproductivos de la población.

El documento refleja las diferentes opciones anticonceptivas y las recomendaciones técnicas y clínicas para su uso, esto con el fin principal de mejorar la salud sexual y la salud reproductiva de hombres, mujeres y adolescentes de Bolivia y de reducir la mortalidad materna.

Son tres los niveles de atención establecidos en el Sistema Nacional de Salud, cuyas características principales y funciones en relación a la anticoncepción se detallan a continuación:

Primer nivel Comprende a los centros/puestos SAFCI, ya modalidades de prestación de servicio de nivel comunitario y municipal, bajo enfoques de promoción y prevención de la salud. El personal de salud, en el marco de sus funciones, es responsable de la aplicación de las normas durante la prestación de servicios de anticoncepción.

Segundo nivel Comprende a los consultorios de hospitales de segundo nivel, con personal calificado para la atención en anticoncepción que requiere de un manejo especializado, como es el caso de la Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria (AQV) y de otras prestaciones de anticoncepción (28).

#### **4.5.4. Manejo de la Morbilidad Obstétrica grave**

Es una herramienta accesible y práctica para el abordaje de las situaciones de emergencia y urgencia obstétricas más frecuentes. Trata las principales causas de mortalidad materna, el correcto diagnóstico y manejo de las mismas puede evitar la muerte de la mujer gestante.

La Morbilidad Materna es una complicación grave que ocurre durante la gestación, parto y puerperio, que pone en riesgo la vida de la mujer o requiere de una atención inmediata con el fin de evitar la muerte.

El análisis de la morbilidad materna extremadamente grave emerge como complemento o alternativa a la investigación de las muertes maternas y se considera actualmente el indicador de calidad de los cuidados maternos.

La incorporación de este indicador a los reportes epidemiológicos y a los servicios obstétricos aporta nuevos conocimientos sobre una base científica del problema y permite de forma oportuna la toma de decisiones para la atención materna en el futuro.

El contar con un documento permite implementar acciones adecuadas, basadas en la evidencia, establecidas por protocolos de manejo y llevadas adelante por

parte de personal de salud idóneo, puede descender fuertemente la razón de mortalidad materna.

Principales emergencias obstétricas para la madre y el feto descritas en la normativa con peligro de muerte son las siguientes:

**EMBARAZO:** Aborto complicado con hemorragia, embarazo ectópico, placenta previa, con hemorragia, desprendimiento prematuro de placenta normalmente insertada, desordenes hipertensivos del embarazo, rotura del útero, embolia obstétrica.

**PARTO:** Placenta previa, con hemorragia, desprendimiento prematuro de placenta normalmente insertada, desordenes hipertensivos del embarazo, rotura del útero embolia obstétrica, parto obstruido, prolapso del cordón umbilical.

**PUERPERIO** Desordenes hipertensivos del embarazo, Embolia obstétrica, Retención de placenta con hemorragia, sepsis postaborto, atonía uterina postparto y sepsis puerperal.

#### **4.6. Caracterización del Lugar de estudio**

##### **4.6.1. Departamento de La Paz**

La Paz está situada entre los 16°30'00" de latitud sur y los 68°08'00" de longitud oeste del Meridiano de Greenwich. El departamento de La Paz cuenta con aproximadamente 2.030.422.- habitantes (censo de 2010) y de acuerdo a la proyección hasta el 2017 será de 2.857.008.- aproximadamente según una tasa de crecimiento del INE de 5% al año, está dividida en 20 provincias y 272 cantones. El departamento de La Paz se divide en tres zonas geográficas (29):

Zona Andina o Altiplano: Abarca el 28% del territorio nacional, con una extensión estimada de 307.000 km<sup>2</sup>. Se ubica entre los 3.000 a 4.000 msnm,

entre las cordilleras Occidental y Oriental o Real, donde se presentan algunas de las cumbres más elevadas de América.

En esta zona también se encuentra el Lago Titicaca, con una extensión de 8.100 km<sup>2</sup>, a una altitud de 3.810 msnm, que lo hace el lago navegable más alto del mundo. El clima en toda la región es fría llegando a templado (0 °C a 18°C). Zona Subandina o Valles: Región intermedia entre el altiplano y los llanos orientales, abarca el 13% del territorio. Comprende los valles y los yungas que se ubican entre los 1.500 a 2.500 msnm. Se caracteriza por su actividad agrícola y su clima que va de templado a cálido (15 a 25°C) (29).

Zona Oriental o Llanos Orientales: Abarca el 25% del territorio, se ubica al norte de la cordillera Oriental o Real y comprende las llanuras y las extensas selvas, ricas en flora y fauna. Se ubica entre los 200 a 400 msnm. Registra una temperatura media anual de 22 a 25°C (29).

En el municipio de La paz se cuenta con 66 centros de salud de primer nivel, De los 66 centros de salud de primer nivel (63 urbanos y 3 rurales en Zongo y Hampaturi) distribuidos en cinco redes, 27 funcionan 6 horas, 34 por 12, y 5 las 24 horas, de acuerdo a la capacidad que tiene cada uno (29).

#### **4.6.2. Municipio El Alto**

El 6 de marzo de 1985, el Congreso Nacional aprobó la Ley N° 728 que crea la Cuarta Sección Municipal de la provincia Murillo, con su capital El Alto. El 26 de septiembre de 1988 se promulga la Ley N° 1014 elevando a El Alto a rango de ciudad, El Alto a partir de su fundación está dividido en 14 distritos (29).

Limita al norte y al este con el municipio de La Paz, al sur con los municipios de Viacha y Achocalla, y al oeste con los municipios de Laja y Pucarani, es uno de los municipios que recibe mayor cantidad de migración desde las provincias del

departamento, por lo que la mancha urbana crece a diario de manera incontrolada y sin planificación.

División política de la ciudad El Alto, se divide en 14 distritos municipales. Diez de ellos son urbanos (los distritos 1 al 8, 12 y 14) y cuatro son rurales (9, 10, 11, 13). El Distrito 13 es el de mayor superficie (135 km<sup>2</sup>); en cambio, el de menor superficie es el 12 (8 km<sup>2</sup>) (29).

La ciudad de El Alto es la de mayor población migrante campo ciudad de Bolivia y según el último Estudio Nacional de Muerte Materna es el municipio con más registros. Dada su complejidad urbana y características socioeconómicas es catalogado como uno de los municipios con mayores desafíos en salud (29).

Según datos del censo 2001 El Alto contaba con 62 establecimientos de salud, 54 de primer nivel y ocho de segundo nivel. En cuanto a servicios de salud tenemos que solo 48 de cada 100 nacidos son atendidos por médicos y en centros de salud (29).

En un análisis comparativo se puede apreciar que entre 2001 y 2009 se ha incrementado la cobertura de servicios de salud principalmente en beneficio de las mujeres en estado de embarazo y de los niños.

#### **4.6.3. Hospital de la Mujer**

El Hospital de la Mujer fue creado por Resolución Ministerial por la ex Secretaria de Desarrollo Humano, hoy Ministerio de Salud el 20 de octubre de 1994 como Hospital de III nivel, con la finalidad de atender todos los problemas de alta complejidad en la salud de la mujer gestante y no gestante, así como también del recién nacido. Un hospital de referencia departamental, con atención de las 24 horas.

**Misión** Atención y resolución de referencia Departamental y Nacional, que brinda servicios de salud especializada con calidad y calidez en las

especialidades de Obstetricia, Ginecología, Neonatología y Medicina Crítica, contribuyendo a disminuir la morbi-mortalidad materna-neonatal mediante acciones de promoción de la salud, asistencia sanitaria oportuna y atención médica en función a RR. HH., calificados en el marco de la integración docente asistencial forma profesionales en salud tanto en pregrado como en postgrado (30).

**Visión** Al 2025 el Hospital de la Mujer Acreditado de tercer nivel de referencia departamental y nacional, con alta capacidad resolutive y de respuesta en la atención a la demanda de usuarias que acuden para una resolución satisfactoria a sus problemas de salud, contando con suficientes RR.HH., infraestructura acorde al nivel de atención y equipamiento médico moderno necesario y asimismo promoviendo la investigación científica en beneficio de la comunidad y de toda la población usuaria.

**Objetivo** Hasta el 2025 el Hospital de la Mujer, fortalecerá los servicios y productos de salud con calidad, eficiencia, y eficacia (30).

Hasta el 2025 el Hospital de la Mujer, contará con Infraestructura y Equipamiento Hospitalaria de Tercer Nivel de acuerdo a los lineamientos técnicos del Sector de Salud que permita mayor confiabilidad del usuario (30).

## **Funciones**

### CONSULTA EXTERNA:

- Ginecología. Atención integral de la paciente con patología ginecológica, Rastreo de Cáncer cérvico uterino y de mama, ITS, Salud Sexual Reproductiva.

### HOSPITALIZACION:

- Ginecología. Infecciones ITS sepsis, Abortos sépticos, Cirugía de Tumores Benignos y Tumores Malignos Rescatables por Cirugía, Cirugía Laparoscópica, Histeroscopia, Patología Cervical, Patología Mamaria, Esterilidad e Infertilidad Conyugal, Complicaciones del Embarazo: Ectópicos y Mola hidatiforme, y Otros definidas en Anexos de la R.M No 132.
- Obstetricia. Parto distócico, Cirugía de Alto Riesgo Obstétrico Quirúrgico, Patología Asociada al Embarazo, Diabetes, Tiroides, Alto riesgo obstétrico perinatal, Medicina fetal, Cesárea Histerectomía, Manejo del Choque: Hipovolémico, Séptico, Hipertensivo, Puerperio de Alto Riesgo, Medicina Critica Obstétrica, y Otros definidas en Anexos de la R.M. No 132.
- Terapia Intensiva – UCI. Soporte vital, Respiración Asistida, Manejo de Choques, Complicaciones por Sistemas: Neurológico, Cardio-respiratorio, Renal, Digestivo, Coagulación y otros, y Otros definidas en Anexos de la R.M No 132.
- Neonatología. Asistencia de Recién Nacidos. Recién Nacidos Internados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales-UCIN, Terapia Intermedia Neonatal, Terapia de Crecimiento Neonatal, Complicaciones y Otros definidas en Anexos de la R.M No 132.
- Anestesiología. Anestesia General, Anestesia Conductiva, Recuperaciones, Visita Pre Anestésica Ambulatoria y Pre Operatoria, y Otros definidas en Anexos de la R.M. No 132.

## COMPLEMENTOS

- Ecografía, Ecografía Ginecológica, Obstétrica, Estudio de Bienestar Fetal.
- Farmacia. Cobertura y Asistencia de 24 horas en provisión de medicamentos, insumos y otros.

- Laboratorio. Química Sanguínea, Examen de Orina, Gases en Sangre, Electrolitos.
- Anatomía Patológica. Citología, Estudio Anatómico Patológico.
- Transfusión de Sangre y Derivados. Medicina Transfusional.
- Banco de Leche. Promoción de Lactancia Materna, Oferta de Leche Materna Procesada.
- Fisioterapia. Fisioterapia Integral y Especializada a la Madre, Recién Nacido y Usuaria Ginecológica.
- Psicología. Apoyo Psicológico según Demanda.
- Nutrición. Manejo Dietético de Patologías Metabólicas, Endocrinas y Otras Asociadas al Embarazo.
- Trabajo Social. Visita Domiciliaria, Seguimiento a Casos Especiales.

## **V. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Existe un desconocimiento de las características de la muerte materna en el Departamento de La Paz, actualmente no se identifican las causas y comportamiento de la muerte materna específicamente en el Hospital de la Mujer siendo este nosocomio de referencia departamental (2).

La mortalidad materna es un problema de mucha importancia en el país y en el departamento, siendo una injusticia social para la mujer, puesto que el embarazo, parto y post parto son periodos fisiológicos que conllevan un riesgo que no debería terminar en tragedia (2).

Para 2011, el departamento de La Paz, presenta la razón de muerte materna más altas de Bolivia, estando éstas por encima del promedio nacional. Al comparar los resultados de los estudios 2000 y 2011, la mortalidad materna en Bolivia es de 160 por 100 mil nacidos vivos, según el estudio nacional post censal de 2011 Se observa cambios significativos en el escenario nacional, sin embargo a la fecha se desconocen las características de la mortalidad materna, es decir las causas biológicas y no biológicas, los factores de riesgo y factores asociados en el departamento de La Paz (11).

## **VI. PROBLEMATIZACIÓN**

El punto de partida del análisis es la base de datos de mortalidad en general de la gestión 2017 obtenida a través de los certificados de defunción de los cementerios: General y Jardín, cruce de datos con la base del Ministerio de salud obteniendo 12 casos reportados del municipio de La Paz, de estos 8 casos del Hospital de La mujer, 1 caso de la caja Petrolera, 1 caso del hospital Juan XXIII, un caso de otro establecimiento no especificado detectado por CEMEUD no se encuentra en las bases de datos ni del SERECI, ni en la base de datos del ministerio de salud, y por ultimo 1 caso reportado como domiciliario identificado por el CEMEUD, si se encuentra la base del SERECI pero no en la base del Ministerio, de acuerdo a la referencia domiciliaria la residencia de la fallecida es en el municipio de La Paz.

¿Cuáles son las características de la mortalidad Materna suscitadas en el Hospital de la Mujer de la gestión 2017?

Es decir hay un desconocimiento de los factores determinantes y asociados a las causas de la mortalidad materna en el Hospital de la Mujer, además de no contar con identificación de las demoras desde la revisión de historias clínicas y autopsias verbales.

## **VII. OBJETIVOS**

### **7.1. Objetivo general**

Conceptualizar las características de la mortalidad materna en base al estudio de los 7 casos de muertes maternas, en el Hospital de la Mujer en 2017.

### **7.2. Objetivos Específicos**

- Describir los casos identificados de muerte materna, con sus diferentes circunstancias y características.
- Caracterizar las demoras presentes en los casos de muertes maternas analizados en profundidad, y cómo estas interactúan con las fallas, omisiones y falta de calidad en los procedimientos médico-científicos, mediante el análisis de los eslabones críticos de atención.
- Reconstruir los hechos que llevaron a la muerte materna mediante la descripción de cada una mediante el análisis de la historia clínica y la autopsia verbal
- Evaluar la evitabilidad de la mortalidad materna estudiada en el Hospital de La Mujer.

## **VIII. METODOLOGÍA**

Es un estudio enmarcado en la metodología RAMOS modificado, es de tipo cualitativo. Consistió en la revisión de certificados de defunción que permitieron identificar los casos, a partir de estos se recurrió a los expedientes clínicos, y autopsia verbal de defunciones maternas ocurridas en la gestión 2017, en el Hospital de la Mujer del departamento de La Paz.

El Hospital donde ocurrieron los casos de muertes maternas analizadas, corresponde a un tercer nivel de atención de referencia departamental, que opera como hospital de formación y brinda servicios de salud a los 20 municipios del departamento de La Paz incluidos los municipios de La Paz y El Alto que poblacionalmente son los más grandes del departamento.

### **8.1. Pre fase de organización**

- Reunión de Organización en talleres de Tesis bajo la coordinación de un docente – investigador del IINSAD y la realización de eventos de capacitación
- Recolección de CEMEUD con el consentimiento de administradores de los Cementerios de la ciudad de La Paz
- Elaboración de notas de solicitud de visitas para recolección de Información de los CEMEUD, en los cementerios de la ciudad de La Paz.
- Capacitación de estudio de mortalidad con metodología RAMOS.
- Capacitación con la experta en Mortalidad Materna miembro de la OPS con Talleres de Autopsia verbal, Introducción a la entrevista, y experiencia de la metodología RAMOS.

- Capacitación en el Tema: Correcto llenado del Certificado Médico único de Defunción.
- Curso Virtual del Correcto llenado del CEMEUD con aprobación de la OPS
- Envío de notas, y seguimiento para aceptación

## **8.2. Recolección de información**

- Visita a los diferentes Cementerios de la ciudad de La Paz para la realización de copias manuscritas de los CEMEUD
- Revisión de los CEMEUD para determinar la causa básica y errores de diagnóstico con el CIE 10 para corrección respectiva.
- Validación del correcto llenado del CEMEUD con el experto del Ministerio de Salud.
- Construcción de la Base y consolidación de Datos.

## **8.3. Recolección de información de los hospitales de La Paz.**

- Consolidación de permiso de la Dirección de Hospital y acceso al Servicio de Estadística del Hospital.
- Revisión de las Historias Clínicas y copia de datos para el llenado de la Autopsia Verbal.
- Realización de la autopsia verbal.

Se realizaron visitas domiciliarias a los familiares más cercanos de las fallecidas y, previo consentimiento informado, se les aplicó un cuestionario

semiestructurado (anexo # 5) con preguntas enfocadas a analizar los siguientes ejes temáticos:

Características sociodemográficas de la embarazada fallecida (edad, escolaridad, estado civil, lugar de residencia).

Control prenatal (semanas de embarazo al inicio de la consulta prenatal, número de consultas, tipo de atención).

Descripción de la ruta crítica de atención a la embarazada, para reconstruir el camino que la mujer recorrió en el proceso de búsqueda de atención, desde su domicilio hasta el lugar del fallecimiento y que sirvió para identificar las respuestas relacionadas con las demoras en la atención.

Los familiares entrevistados fueron el cónyuge, hijos de la mujer fallecida, vecinos de las fallecidas, porque fueron quienes convivieron más cercanamente con ellas y tenían conocimiento de costumbres, hábitos y riesgos de las embarazadas. Asimismo, fueron dispuestas a colaborar en la entrevista.

Los datos cualitativos fueron analizados siguiendo el “modelo de las tres demoras” El modelo señala que la primera demora se refiere al retraso en la decisión de buscar atención por parte de la embarazada e incluye la tardanza en reconocer una complicación obstétrica; la segunda demora se refiere al retraso en la llegada al lugar de atención, es decir, la mujer sabe que está enferma y quiere consultar, pero no puede por la dificultad en el acceso a los servicios o porque tarda demasiado en llegar al lugar donde se proporciona la atención; la tercera demora es el retraso en la obtención de atención una vez que la mujer ha llegado al servicio médico, es decir, la mujer consulta, pero no es atendida correctamente, recibe vigilancia deficiente o los trámites administrativos entorpecen la atención.

#### **8.4. Aspectos éticos**

Para realizar las entrevistas con los familiares, vecinos, comunidad, se presentó una credencial otorgada por el INSAD – UMSA – UPG.

Las entrevistas realizadas permanecerán bajo custodia del INSAD – UMSA por un tema ético de la investigación no se menciona los nombres reales de las mujeres fallecidas se (utiliza nombres ficticios), ni de las personas entrevistadas y se mantiene en reserva los nombres de los establecimientos

Se realizaron consentimientos informados para las entrevistas al conyugue u otro familiar donde se realizó la investigación.

Ya para el análisis y presentación de cada caso se cambió el nombre original de las fallecidas utilizando nombres ficticios.

La información recolectada es y será utilizada únicamente con fines académicos y de investigación.

#### **8.5. Análisis de la información**

De acuerdo con esta revisión, se identifican siete casos de muerte materna en el departamento de La Paz suscitadas en el Hospital de la Mujer en la gestión 2017 tomando las edades de 10 a 59 años de edad, estas mujeres murieron por diversas causas relacionadas con embarazo, parto o postparto.

De los siete casos de identificados, seis son por causa directa, un caso por causa directa y un caso `perdido ya que no se cuenta con la historia clínica, el personal de estadística indica que se encuentra en SEDES, se acude a SEDES y la responsable del continuo de la vida y Vigilancia de Mortalidad Materna indica que este se devolvió a la Institución Hospitalaria.

De estos casos, se inicia el recorrido en el Hospital de la Mujer se realiza la revisión de las historias:

El análisis e interpretación de las informaciones recabadas se basó en los diferentes factores que podrían resultar en complicaciones obstétricas (edad, historial clínico, condiciones del embarazo, entre otras). En adición, se tomaron en cuenta los riesgos relacionados con aspectos biológicos, económicos, sociales, culturales y de género a partir de las informaciones ofrecidas por informantes clave, familiares de las mujeres fallecidas, en relación a sus actitudes y prácticas cotidianas de salud.

Cuadro 1: Modelos de análisis

<b>Modelo/ Técnica</b>	<b>Descripción</b>
Las tres demoras	Modelo de análisis de la mortalidad materna, desarrollado por Deborah Maine 1992. Ofrece un marco de tres fases para examinar las brechas en el acceso al manejo adecuado de emergencias obstétricas. El modelo consisten en: Demora 1: demora en identificar el problema y tomar la decisión de buscar ayuda. Demora 2: demora en llegar a la institución de atención/logística de referencia. Demora 3: demora en recibir el tratamiento adecuado en la institución
Análisis de determinantes sociales	Modelo de análisis implementado por el Sistema de Vigilancia de la Mortalidad Materna. Analiza la causa de las muertes maternas, examinando la interconexión de cuatro ámbitos: 1) mujer, familia y comunidad; 2) profesionales de la salud; 3) sistema de salud y 4) factores macrosociales (OPS, 2013).
Detección de eslabones críticos de la atención	Enfoque de análisis del desempeño, proporcionando datos complementarios y precisos sobre omisiones, incumplimientos o falta de calidad en los procedimientos médico-científicos, ocurridos en cada uno de los “eslabones” de atención con los que las mujeres tuvieron contacto durante su atención prenatal, del parto y del puerperio.

**Fuente: WHO. World Health Report 2005: make every mother and child count. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2005.**

En los siete casos analizados en profundidad, se aplicó el modelo de “Las tres demoras” y el análisis de los determinantes sociales de salud a fin de identificar cuáles fueron los factores individuales, familiares, comunitarios y del sistema de salud que incidieron en la ocurrencia de las muertes maternas, incorporándose a cada demora el análisis de los condicionantes sociales que caracterizaron la vida de cada una de estas mujeres (31).

El análisis de las tres demoras busca reconstruir la secuencia de hechos alrededor de una muerte materna a través de la autopsia verbal, donde la

subjetividad y la voz de las mujeres fallecidas están ausentes. Por tanto, el análisis en cada caso se realiza a partir de los testimonios ofrecidos por familiares y parejas de las mujeres fallecidas; por lo cual se reconocen las limitaciones que implica partir de las percepciones e interpretaciones de los familiares acerca de la secuencia de hechos que rodearon cada caso. A pesar de ello, no puede obviarse que este tipo de metodología ofrece sensibilidad y especificidad suficientemente altas para justificar su empleo en la investigación de una muerte materna, además de que puede ser utilizada para explorar factores sociales, culturales o de atención a la salud que rodearon el fallecimiento. Más aún en el caso de esta investigación, dado que ciertas informaciones no pudieron ser confirmadas con el personal de salud, ya que algunos de los expedientes no estaban disponibles

Por último, este análisis cualitativo fue enriquecido con resultados del análisis de los eslabones críticos de atención en salud, que proporciona información adicional sobre incumplimientos o falta de calidad en los procedimientos médico-científicos, ocurridos en cada uno de los eslabones de atención prenatal, del parto y del puerperio. Luego de analizar cada caso de manera individual, se describieron los elementos comunes a todos ellos. A partir de los hallazgos se realizó la triangulación de las informaciones recabadas en los distintos estamentos de la investigación, para centrar el análisis de género en dichos elementos y observar cómo estos interactúan con otros determinantes sociales y culturales y resultan en las causas y consecuencias de las muertes maternas. En esta investigación se describen hallazgos cualitativos de los siete estudios de caso analizados a profundidad.

## 8.6. Hallazgos de la revisión de expedientes de muertes maternas

Durante la investigación se revisaron 7 expedientes de muertes maternas ocurridas en el Hospital de la Mujer, en la gestión 2017. El cuadro 1 resume los datos de las mujeres fallecidas, la fecha y diagnóstico clínico de ingreso y la fecha y diagnóstico de muerte.

**Cuadro 2: Casos de Muertes Maternas ocurridos en el Hospital de la Mujer en la gestión 2017**

Nº de caso/ edad	Ago Antecedentes Ginecobstetricos	Residencia	Dx clínico de ingreso	Fecha de ingreso	Fecha de defunción	Causas de defunción CEMEUD
1 – (40) CORAL	Gestas: 6 Para: 3... Cesareas: 3 Ab:...0...	El Alto	Hemorragia de la 1º mitad del embarazo. AB incompleto séptico Anemia severa secundaria. Miomatosis uterina Cesárea iterativa Obesidad mórbida	04/02/2017	06/02/2017	Shock séptico Aborto séptico
2 – (28) BELEN	Gestas: 0 Para: 0 Cesareas: 0 Ab:...0...	El Alto	Shock séptico por restos placentarios Restos placentarios infectados Post operatorio laparotomía Exploración LUI –AMEU Insuficiencia renal Hígado séptico Insuficiencia respiratoria Desequilibrio ácido base coagulación intravascular diseminada Puerperio patológico inmediato	08/03/2017	11/03/2017	Shok septicorefractorio Restos ovulaeres infectados. Óbito fetal Puerperio patológico complicado Evento vascular Cerebral hem,orragico Coagulacion intravascular diseminada

3 – (40) JULIA	Gestas: 5 Para: 4 Cesareas: 1 Ab:...0...	El Alto	Eclampsia Accidente vasculo cerebral hemorrágico Muerte encefálica Estado de coma REED IV Shock neurogénico Puerperio quirúrgico patológico inmediato Trastorno acido base Acidosis metabólica Neumonía por bronco aspiración a descartar	04/04/2017	06/04/2017	Muerte cerebral Accidente vasculo cerebral hemorrágico Puerperio quirúrgico patológico mediato
4 – (24) MARIA	Gestas: 2 Para: 1 Cesareas: 0 Ab:...1	El Alto	Post paro respiratorio revertido extrainstitucional Shock neurogénico vs. hipovolémico  Edema cerebral Puerperio quirúrgico mediato Trastorno acido base (acidosis metabólica) Anemia moderada	07/04/2017	08/04/2017	Shock hipovolémico y distribuido Síndrome post parada cardiorrespiratorio Puerperio quirúrgico complicado Anemia grave
5 – (35) ELENA	Gestas: 1 Para: 1 Cesareas: 0 Ab:...0...	La Paz	Embarazo de 35 semanas por clínica PUV con FCF 158'178 lpm Riesgo de pérdida de bienestar fetal Eclampsia	11/05/2017	18/05/2017	Accidente vascular cerebral hemorrágico Eclampsia Síndrome de HELLP Crisis hipertensiva

6 – (27) FILO	Gestas: 1 Para: 1 Cesareas: 0 Ab:...0...	Mapiri	Leptospirosis Falla hepática aguda, secundaria a hígado séptico vs enfermedad tropical. Falla renal aguda AKIN2 Sepsis a dc Encefalopatía de consumo Insuficiencia respiratoria tipo IV Puerperio quirúrgico inmediato Óbito fetal gemelar extra institucional	10/06/2017	10/07/2017	Leptospirosis Coagulación intravascular diseminada Insuficiencia hepática aguda Insuficiencia renal aguda Shock distributivo Lesión pulmonar aguda
7 – (37) LIZ	Gestas: 4 Para: 1 Cesareas: 3 Ab:...0...	La Paz	Colecistitis aguda a dc Embarazo de 39 sem x FUM PUV con FCF 140 lat./min sin trabajo de parto Cesárea iterativa	12/08(2017	13/08/2017	Shock hipovolémico Ruptura hepática Eclampsia Síndrome de HELLP´ Coagulopatía de consumo

Fuente: Expedientes de Mortalidad Materna del Hospital de la Mujer, 2017.

Durante la revisión de los expedientes, el primer hallazgo fue comprobar que todos estaban incompletos, como ser falta de la ficha Epidemiológica de Vigilancia de Mortalidad Materna, auditoría interna u otros, unos en mayor medida que otros.

**Cuadro 3: Resultados de la revisión de expedientes clínicos de mortalidad materna 2017.**

	Formularios SVEMM			HC/ PN	CEME UD	Otras observaciones
	Parte I	Parte II	Parte III			
1 Coral	X	X	X	X	SI	<p>No cuenta con la ficha epidemiológica en el expediente clínico.(Se consigue mediante el SEDES)</p> <p>No se realizó auditoria interna.</p> <p>No cuenta con Epicrisis.</p> <p>No hay un resumen del caso</p>
2 Belén	X	X	X	X	SI	<p>Falta la hoja de epicrisis</p> <p>Falta hoja de referencia y contrareferencias</p> <p>No cuenta con la auditoria externa pese que lo recomendaron por el comité de vigilancia de Mortalidad materna del SEDES – LA PAZ</p> <p>No se cuenta con los protocolos de los procedimientos realizados (Laparotomía Exploratoria, del AMEU)</p> <p>Falta de fichas Epidemiológicas en el expediente clínico, el cual se obtiene en el SEDES</p>

3 Julia	X	X	X	X	SI	<p>Se indica mortalidad materna relacionada con el embarazo, sin embargo esta es una MM por causa directa.</p> <p>Falta de fichas Epidemiológicas en el expediente clínico, el cual se obtiene en el SEDES</p> <p>Ficha epidemiológica Incompleta, no se lleno las conclusiones, tampoco la sección de demoras.</p> <p>En recomendaciones se solicita informe de la clínica Privada y del 1er Hospital que acudió, el cual no se cuenta con los informes ni en la institución, ni en el SEDES.</p> <p>Inconsistencia en el resumen dela caso donde se indica que la mujer no recupero después de la anestesia, en el relato por el esposo indica que si recupero y hablaron sobre la bebe.</p>
4 Maria	X	X	X	X	SI	<p>Falta de fichas Epidemiológicas en el expediente clínico, el cual se obtiene en el SEDES</p> <p>En la ficha no se realizó la entrevista a la familia</p> <p>Inconsistencia en la causa básica y causa directa.</p> <p>El SEDES solicito un informe del 1er Hospital donde fue atendida , el cual no se encuentra en los archivos de SEDES ni en el expediente clínico de la misma</p>

5 Elena	X	X	X	X	SI	<p>Falta de fichas Epidemiológicas en el expediente clínico, como también en el SEDES.</p> <p>Inconsistencia entre las horas de referencia (9:30 y esta corregido a horas 08: 30) en la hoja de ingreso del hospital transferida (08: 00), en hoja de admisión de emergencias HDM reporta 10: 19, y la versión de los familiares indica que acudieron en la madrugada.</p>
6 Filo	X	X	X	X	SI	<p>Falta de fichas Epidemiológicas en el expediente clínico, el cual se obtiene en el SEDES.</p> <p>Ficha epidemiológica incompleta, no se identificó las demoras.</p> <p>Inconsistencia en el llenado de la ficha Epidemiológica.</p> <p>Causa básica no es la correcta en el certificado de defunción</p>
7 Liz	X	X	X	X	SI	<p>Falta de ficha Epidemiológica en el expediente clínico, el cual se obtiene en el SEDES</p> <p>Llenado de la ficha Epidemiológica incompleta.</p> <p>Inconsistencia entre el llenado de la historia clínica y la versión del esposo.</p>

Fuente: Expedientes de Muertes Maternas del Hospital de la Mujer, 2017.

De la revisión de las HCPN disponibles, se concluye que el nivel de cumplimiento de la Norma Técnica de Vigilancia Epidemiológica de Mortalidad Materna en la Historia Clínica Perinatal fue insuficiente en los expedientes de muertes maternas revisados. Al respecto se pudo constatar que de los 7 casos revisados, ninguno tenía disponibles las fichas epidemiológicas y estas se consiguieron a través del SEDES – LA PAZ, la revisión de los expedientes demostró que no se completaron adecuadamente, a pesar de la existencia de una serie de controles y protocolos dispuestos por el sistema nacional de salud. Por un lado e internamente, SEDES realiza visitas de supervisión, tanto en sala de parto como en postparto, para dar seguimiento a la implementación de los reglamentos y protocolos de atención a las embarazadas, parturientas y puérperas.

#### **8.7. Estudios de caso de muertes maternas**

Este punto se describe el análisis a profundidad de los siete casos de muerte materna identificados entre los expedientes revisados. Todos corresponden a mujeres de nacionalidades Bolivianas nacidas en el departamento de La Paz, residentes en áreas urbano-marginadas de la ciudad de La Paz como en la ciudad de El Alto, fallecidas en el Hospital de la Mujer durante la gestión 2017

#### **8.8. Causas básicas de muerte**

Las causas básicas de muerte de los siete casos analizados a profundidad no corresponden con las más frecuentes causas de mortalidad materna del país, de acuerdo al Informe Nacional de Estudio de la Mortalidad Materna realizada en el 2011, en cual se muestra que la causa principal de MM son las hemorragias. Viendo que en el Hospital de estudio la principal causa de fallecimiento son asociados a hipertensión arterial; 1 caso eclampsia, 2 casos Síndrome de HELLP, 1 caso aborto Séptico, 1 caso restos ovulares, 1 caso

puerperio quirúrgico complicado y caso de mortalidad materna por causas indirectas Leptospirosis.

**Cuadro 4: Casos Identificados de Muertes Maternas según la Causa Básica**

<b>Nº de caso edad</b>	<b>Fecha de Ingreso/ Dx clínico principal de ingreso</b>	<b>Fecha de defunción/ Causa Básica según el código CIE – 10</b>
1 – (40) CORAL	04/02/2017 AB incompleto séptico	06/02/2017 O06.0 Aborto séptico
2 – (28) BELEN	08/03/2017 Shock séptico por restos placentarios	11/03/2017 O05.2 Restos ovulares
3 – (40) JULIA	04/04/2017 Eclampsia	06/04/2017 O15.9 Eclampsia
4 – (24) MARIA	07/04/2017 Post paro respiratorio revertido extrahospitalario	08/04/2017 O82.9 puerperio quirúrgico
5 – (35) ELENA	11/05/2017 Eclampsia	18/05/2017 O142 Síndrome de HELLP
6 – (27) FILO	10/06/2017 Leptospirosis	10/07/2017 A27.9 Leptospirosis
7 – (37) LIZ	12/08/2017 Colecistitis aguda a dc	13/08/2017 O142 Síndrome de HELLP

**Fuente: Elaboración propia Mediante el análisis de Expedientes Clínicos**

Al analizar a profundidad las causas de los siete casos de muertes maternas antes descritas, se concluye que en seis de los casos se trató de muertes maternas directas, de acuerdo a las causas reportadas en los expedientes del Hospital de la Mujer.

Si se considera que fueron mujeres que recibieron entre uno y seis consultas prenatales, se puede establecer una relación directa de estas muertes con la

calidad de los servicios recibidos, mucho más aún si se toma en cuenta que en casi todos los casos las mujeres permanecieron por varios días ingresadas en el Hospital, recibiendo atención médica. En todos los casos el Comité de Mortalidad Materna de Vigilancia Epidemiológica del SEDES – LA PAZ estableció como muerte materna evitable; sin embargo, no se asumió responsabilidad por la misma. Cabe aclarar, que ninguno de los casos se encontraba en fase de investigación al momento de la realización de este estudio, solo quedaron en recomendaciones.

### 8.9. Descripción y análisis de los casos de Muertes Maternas

Como se explicó en la sección metodológica, el análisis cualitativo de los 6 casos seleccionados de muertes maternas fue realizado con base en distintas técnicas. Una de ellas corresponde al modelo de análisis de Las Tres Demoras, descrito por la Dra. Deborah Maine (1992), que se resume en el siguiente esquema:

**Cuadro 5: Análisis de casos de muerte**

<p><b>Primera demora</b> Demora en identificar el problema y tomar la decisión de buscar ayuda.</p>	<p>Evalúa los conocimientos, prácticas y creencias de las mujeres, las familias y las comunidades que puedan influir en el reconocimiento de los signos y síntomas de la enfermedad y en la decisión de buscar ayuda.</p>
<p><b>Segunda demora.</b> Demora en llegar a la institución de atención/ logística de referencia.</p>	<p>Indaga sobre los factores que pudieron obstaculizar la accesibilidad a los servicios de salud/logística de referencia. Transporte y distancia.</p>
<p><b>Tercera demora</b> Demora en recibir el tratamiento adecuado en la institución, en términos de capacidad resolutive, competencia y técnica.</p>	<p>Indaga sobre la oportunidad de la atención recibida y la calidad en la organización o la dimensión administrativa y sobre la calidad técnica/ científica de la prestación del servicio.</p>

Fuente: Hospital de la Mujer, 2017

A continuación se presentan en detalle los 7 casos de muertes maternas identificadas, en cada uno de los cuales se describe una síntesis de su historia personal, clínica, familiar y un análisis de las tres demoras y de otros

determinantes sociales, que pudieron ser determinantes en cada una de estas muertes. En el siguiente punto se describen los hallazgos generales de este análisis cualitativo de manera común a todos los casos

### **Caso 1: CORAL**

Coral era una mujer de 40 años de edad, de ocupación cocinera (atendía un puesto de comida en el Mercado Yungas) residía en la ciudad de El Alto. Era madre de seis hijos e hijas de dos parejas conyugales, con su actual pareja no tuvo hijos, no se pudo determinar la situación conyugal con esta tercera pareja. Estudio hasta la primaria.

**Datos médicos – atención médica** (Fuente: información Historia clínica del caso) Coral tuvo seis embarazos, 3 partos y una cesárea según la hija Mayor de la fallecida en la entrevista informa que son 7 los hijos de coral. No utilizaba métodos de anticoncepción y su embarazo no fue planificado.

Ingresó al Hospital el 4 de febrero de 2017 y fue llevada directo emergencias por su pareja, su fallecimiento ocurrió el 06 de febrero, debido a un shock séptico a consecuencia de un aborto séptico incompleto, del que no se tiene información si fue inducido o no.

Soportó 3 días su mal estar, ella tenía hemorragia genital, a nadie le dijo cuando sintió que el dolor abdominal era casi insoportable, llamó a su conyugue y este la llevo directo al hospital, donde fue atendida directamente en emergencias.

*“...No sabíamos que estaba embarazada, no hizo controles prenatales, en el hospital me entere que había abortado y que por eso seguro sangraba, como vendía comida ella levantaba las ollas pesadas...”*

Conyugue

En fecha 05 de febrero proceden a realizar la Aspiración Manual Endouterina (AMEU) a horas 03:30, procedimiento con una duración de 1 hora aproximadamente. Desde el inicio del procedimiento al insertar la cánula de aspiración hubo presencia de sangrado rojo rutilante en gran cantidad, ante la descompensación de la paciente y logrando controlar momentáneamente el sangrado se suspende el procedimiento obteniendo un total de pérdida hemática de 700 a 900 cc aproximadamente, hasta la estabilización de la paciente, luego pasa a sala de recuperación en estado regular a mal estado general, se indicó soluciones parenterales y transfusión de paquetes globulares.

Desde las 04:30 hasta 12:00 de la fecha 05 de febrero recibió transfusión de 6 paquetes globulares. A horas 15:45 de la misma fecha, es valorada por el médico obstetra y evidencia al tacto presencia de débito hemático fétido, indica soluciones parenterales, antibióticos, evolución desfavorable.

En fecha 06 de febrero a horas 09:00, se realiza valoración médica, evolución desfavorable en mal estado general se evidencia edema en miembros inferiores, saturación de oxígeno de 87%, la paciente refirió dolor abdominal moderada intensidad y náuseas, se decide seguir con el plan de sala.

A horas 09:40 de la fecha 06 de febrero la paciente presenta paro cardiaco respiratorio, y se hace llamado a la Unidad de Terapia Intensiva, quien realiza Reanimación Cardio Pulmonar (RCP) avanzada sin éxito. Se declara fallecida a horas 10:12 del 06 de febrero del 2017, se sugiere realizar autopsia ya que los datos eran insuficientes de la causa exacta del fallecimiento, dicha sugerencia es rechazada por los familiares.

### **Análisis de las demoras**

**Primera demora:** Coral no buscó asistencia médica durante tres días. Aunque el conyugue no sabía del embarazo, mucho menos sabía si el aborto fue inducido o no, se podría inferir que sí lo fue, y que por miedo –a pesar del

sangrado y el malestar físico—, no buscó asistencia médica durante tres días. Es evidente que sus necesidades sobre anticoncepción estaban insatisfechas, y que tanto el sistema de salud como su pareja y familia transfieren esa responsabilidad casi de manera exclusiva a las mujeres. Ante la demora de tres días para buscar atención médica se plantean varias posibilidades:

Determinantes sociales están presentes en cada uno de estos posibles escenarios, que no pueden ser obviados al analizar las causas posibles de la primera demora en el caso de la muerte de Coral.

Algunos de estos son:

**a)** tener una condición de vida precaria, donde la conservación del empleo se convierte en una necesidad imperiosa para mantener a sus hijos e hijas.

**b)** la falta de apoyo de la pareja en el proceso.

**c)** el hecho de tener que recurrir al aborto de manera clandestina, debido a la ilegalidad de su práctica en el país, y condiciones insalubres de lugares clandestinos constituye riesgos para la vida de las mujeres que abortan.

**Segunda demora:** no hubo demora, fue en horas de la noche como a las 23:00 horas según el conyugue se encontraron en el centro de la ciudad u de ahí se fueron en una movilidad particular directo al hospital sin ninguna complicación alguna en su traslado.

**Tercera demora:** la respuesta del servicio no fue oportuna, pese a tener una alta la capacidad resolutive del establecimiento de salud no fue suficiente, la paciente con evolución desfavorable (pos AMEU) por presentar episodios de dolor abdominal y lumbar de moderada intensidad, acompañado de sangrado vaginal fétido de moderada cantidad, no se realizó intervención y no la trasladaron a Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) pese que estaba

desaturando a 84% y continuaron con el mismo plan en sala, finalmente falleció en su sala de internación tras una RCP.

Ingreso al hospital sin haber llegado en condiciones críticas, las complicaciones se produjeron y agravaron bajo vigilancia médica, incluso considerando las incoherencias dadas entre el relato de la pareja y la historia clínica.

## **Caso 2: BELÉN**

(Los datos a continuación son meramente de la revisión de la historia clínica y de la Ficha de Vigilancia Epidemiológica de Mortalidad Materna, ya que no se logró realizar la autopsia verbal, agotando todos los recursos y esfuerzos para poder realizar la entrevista)

**Datos personales y familiares** Belén era una joven mujer de 29 años de edad, tenía una relación estable de unión libre con el conyugue No tenía hijos, era su primer embarazo, estudio hasta el primer grado de secundaria, su ocupación era comerciante según su carnet de identidad, y en la historia clínica indica como ocupación labores de casa. Belén residía en la ciudad de El Alto

**Datos médicos/ atención médica** Realizo 5 controles prenatales su primer control pre natal lo realizo desde la semana 6 de gestación en el centro de salud de su zona, no utilizaba métodos de anticoncepción, su embarazo fue planeado y deseado.

Acude primero al centro de salud de su zona con una dilatación cervical o un descenso fetal de trabajo de parto prolongado, el mismo que se atiende, pero no cuentan los recursos suficientes para su atención, por lo que deciden transferirla al Hospital de 3er nivel (El Alto) este nosocomio la envía sin boleta de transferencia al Hospital de 2do nivel, en este hospital la atienden producto óbito parto distócico, posteriormente presenta dificultad respiratoria e hipotensión, la transfieren al Hospital de 2do nivel de la ciudad de La Paz, y no

contaban con ventilador mecánico y la transfieren a otro Hospital de 2do nivel también de la ciudad y es ahí donde la internan en terapia intermedia.

Los familiares solicitaron alta, el motivo se desconoce en su totalidad, siendo que no se pudo acceder a las historias clínicas de los establecimientos que recorrió la paciente antes de fallecer, la llevaron al Hospital de la Mujer sin boleta de referencia.

Ingresa por emergencia en fecha 08 de marzo de la gestión 2017, a horas 20:05, con un cuadro clínico de 3 días de evolución, caracterizado por presentar dolor abdominal de moderada intensidad tipo contracción uterina, a la valoración Glasgow 12/15 desorientada e inconsciente, se evidencia desgarramiento perianal, sangrado vaginal fétido y distensión abdominal, dificultad respiratoria, inestabilidad hemodinámica.

Se decide ingresar de inmediato a quirófano para Laparotomía Exploratoria bajo anestesia general, donde obtiene líquido ascítico de 1500 cc aproximadamente, AMEU y LUI obteniendo restos ovulares en moderada cantidad olor fétido. Vejiga, útero, hígado y anexos sin lesión alguna. Tiempo de cirugía de 1 hora con 50 minutos, tiempo de anestesia de 2 horas con 5 minutos. Pasa a Unidad de Terapia Intensiva (UTI) el 09 de marzo a horas 01:15 con pronóstico vital y funcional incierto con riesgo de complicaciones y fallecimiento.

El caso de Belén expone con claridad la falta de calidad en los servicios hospitalarios, y la deficiencia total del sistema de referencia y contra referencia, con evidentes muestras de desatención por parte del personal involucrado. Ingresó en condiciones críticas al Hospital, ya que las complicaciones se produjeron desde su ingreso al tercer hospital donde acudió.

## **Análisis de las demoras**

**Primera demora:** Los familiares solicitaron su alta del hospital donde recibía terapia intermedia quizá por el desconocimiento de los signos de peligro que presentaba fue llevada a su domicilio en donde su cuadro clínico agravo y fue llevada directamente al Hospital de la Mujer.

Si bien la decisión de buscar atención fue más próxima al momento de percepción del malestar (en el transcurso del mismo día) inicialmente los síntomas presentados fueron asociados a distintas causas y se quizá se intentó paliarlos en forma casera.

**Segunda demora:** La distancia al establecimiento de la vivienda es grande, y el camino en mal estado. En este caso no se logró realizar la autopsia verbal, si se pudo apreciar la zona donde la paciente vivía, y se puede describir una zona alejada, no hay disponibilidad de transporte, el camino se encontraba en mal estado.

**Tercera demora:** Demoras y fallas en la atención de salud, deficiencia en la referencia de la primera instancia al que acudió, el hospital del Norte la envió directamente a un hospital de segundo nivel donde la competencia del personal disponible era insuficiente, en el cuarto hospital que ingreso la capacidad resolutive del personal y del establecimiento no era suficiente por eso tal vez la familia decidió pedir alta solicitada, ya en el quinto hospital que ingreso donde falleció la paciente llego en muy mal estado se hizo pero no lo suficiente para salvar su vida de esa joven mujer.

## **Caso 3: JULIA**

**Datos personales y familiares** Julia tenía 40 años de edad. Estaba casada y era madre 6 seis hijos, contando con el bebé que dejó cuando ella falleció, en el relato el esposo manifiesta que vivían en una familia nuclear. Residía en la

ciudad de El Alto era artesana trabajaba en su negocio familiar donde realizaban zapatos, estudio hasta la secundaria.

**Datos médicos/ atención médica** Tuvo cinco embarazos previos, cuatro partos vaginales, y una cesárea, hizo dos controles prenatales desde la semana 12 de gestación. se evidencia que en ninguno de sus controles haya habido hipertensión y tampoco antecedentes. En las preguntas que responde su esposo, él refiere que su esposa no tenía dolores de cabeza durante el embarazo, ni le detectaron alguna alteración en el control pre natal. No utilizaba ningún método de anticoncepción según el esposo ellos deseaban una niña, por lo que se evidencia que el embarazo fue planeado.

*“...ese día le estaba doliendo la cabeza nada más, entonces va a pasar, ha tenido vómitos, yo pensé que tenía vesícula biliar, y ha votado, justo mis hijos han llegado medio día, un poquito se le ha complicado, entonces normal ha bajado las gradas, normal, al auto le subido normal, le llevado al hospital (...) y de ahí me han dicho que estaban ocupados, no había camas, estaba lleno, entonces me han preguntado donde ha hecho su control la enfermera, le dije que estaba haciendo su control en (...) entonces llévelo ahí nomás me han dicho...”* Esposo

Acudió a una clínica privada de la ciudad de El Alto, cercano a su domicilio a las 14 horas por presentar cefalea, es atendida e internada explicándole al esposo que él bebe se está ahogando y que había que operarla de inmediato y pidiendo que se decida a quien debería salvar.

*“... 3 de la tarde ha salido la doctora, nos ha preguntado a quien quieren que salve a la mamá o él bebé nos ha preguntado, decidimos que salven a mi mamá...”* Hijo Mayor (22 años)

A las 15:30 nació la bebe producto único vivo de sexo femenino con bajo peso 2070 gr. les informaron que estaba delicada, necesitaba Neonatología y por esa razón la enviaron a Villa Dolores le acompañó la hermana del esposo.

*“...17:30 recién salió mi esposa, se va recuperar me decían, ya mi esposa estaba con su pensamiento bien firme, consiente, estaba anestesiada yo le dije iré a ver a mi bebe que estaba en villa dolores cuando la vi tenía color mostaza todo su piel, me dijo el doctor esta tu hija no va vivir porque esta delicada de salud es prematura de siete meses nació. A las 20:00 de la noche volví donde mi esposa, le conté, la bebe está bien, ella quería una mujer, porque tengo cuatro varones y una mujer, quería su compañera para mi hija, ya tengo dos mujeres. Esposo*

El hijo mayor se quedó toda la noche acompañando a Julia, el padre tuvo que ir su domicilio para el cuidado de sus otros hijos menores, según el relato del hijo mayor nadie fue a revisar a su madre, hasta las 07:00 de la mañana del 04 de abril Julia empeoro, presento convulsiones y le aplicaron varios medicamentos según el hijo, coordinan la transferencia al Hospital de la Mujer con el diagnóstico de Eclampsia, el esposo de Julia llega a la clínica después de haber dejado en la escuela a sus hijos, y vio a su esposa convulsionando.

*“...No me querían soltar tenía que cancelar en de la clínica, lo que faltaba yo había cancelado 3000 bolivianos y faltaba 3000 bs. mas otro entonces tenía que cancelar, mis 2 hijos mayores se han quedado como garantía como prenda...” Esposo*

Llegaron al Hospital de la Mujer el 04 de abril a las 09.00 aproximadamente, en ambulancia dejaron a Julia en emergencias junto a su esposo, los dejaron solos pese que fueron acompañados por personal de la clínica, siendo el esposo que brindara toda la información de su esposa. A su ingreso al Hospital de la Mujer se solicita la atención por Unidad de Terapia Intensiva (UTI) encontrándose a

Julia en muy malas condiciones generales con un Glasgow de 6/15, presento convulsión tónico clónica durante su valoración, con una presión arterial de 160/110 mmHg, FC de 110 lpm, FR 32 lpm, se procedió a la intubación orotraqueal, con inducción de midazolam, fentanil se realizó ventilación asistida con Ambú y se solicitó de inmediato TAC simple de encéfalo la misma no se pudo realizar al no contar con el servicio. El médico que la atendió a Julia informo a su esposo que ya había sufrido muerte cerebral entre las 07 a 08 de la mañana aproximadamente

Ingresa a UTI con gran deterioro neurológico, clínicamente compatible con Accidente Vasculo Cerebral (AVC) con probabilidad de hemorragia secundaria a crisis hipertensiva mal controlada por la pre eclampsia, con alta probabilidad de muerte encefálica y fallecimiento. Julia fallece en UTI el 06 de abril a horas 14:15

### **Análisis de las demoras**

**Primera demora:** no buscó asistencia médica de inmediato ante el primer signo de alarma que fue dolor de cabeza, cual creyó que se le iba a pasar no los identificaron como señales de alerta para buscar atención médica inmediata. Espero hasta el día siguiente después de su venta en la 16 de julio donde tenía su puesto.

**Segunda demora:** Si bien no tuvo problemas con el transporte ni con la ambulancia, no fue referida de manera oportuna al nivel superior de atención, la clínica espero al esposo de Julia para que cancelara el saldo de 3000 bs.

**Tercera demora:** hubo demoras y fallas en la atención de salud, si bien las demoras no fueron en el establecimiento de salud donde falleció.

En primera instancia acudió al hospital de 2do de la ciudad de El Alto, en donde no la recibieron, no la valoraron y la enviaron directamente al centro donde

había realizado su control prenatal argumentando la falta de camas, la competencia del personal fue insuficiente para tratar el caso.

*“...En el hospital me han dicho que estaba lleno, y tal vez se habría salvado no sé, por mala suerte será pero hemos llegado a la clínica, y como es particular, hemos confiado, van a dar buena atención pero no fue así...”* Esposo

En segunda instancia acudió a la clínica CIES donde la capacidad del personal de salud no fue suficiente, ya en el Hospital de la Mujer llegó en muy mal estado y poco se pudo hacer.

#### **Caso 4: MARIA**

María era una joven mujer de 24 años de edad, su estado civil era de unión estable con su cónyuge, tuvo dos hijos uno de 7 años y el segundo (2 años en el estudio) tomando en cuenta al bebé recién nacido que dejó cuando falleció, vivía en la ciudad de El Alto junto a las hermanas de su esposo, estudio hasta sexto grado de secundaria saliendo bachiller, se dedicaba a labores de casa, dependía económicamente de su conyugue,

**Datos médicos/ atención médica** María era una joven de 24 años de edad, con historia de dos embarazos previos, una cesárea en mayo de 2016 y un aborto sin data, realizó cinco controles prenatales desde la semana 10 de gestación. No utilizaba métodos de anticoncepción, según su carnet de control prenatal el embarazo fue planeado.

El día 02 de marzo de la gestión 2017 acude a su centro de salud de su zona Rosas Pampa la transfieren al Hospital Holandés para programación de cesárea por desproporción céfalo pélvico (DCP), con Dx de infección urinaria, cesárea previa y desnutrición en el embarazo, María acude al hospital de transferencia en fecha 09 de marzo.

El 03 de abril acude nuevamente al hospital Holandés a programación de cesárea, se interna el mismo día a horas 18:30 por consulta externa, durante su internación se refiere ruptura prematura de membranas (RPM), por lo que se decide la interrupción por vía alta,

El día 04 de abril a horas 06:30 se procede a la cirugía programada se obtiene producto único vivo de sexo masculino con peso de 3370 gr., durante el pre operatorio se intentó anestesia conductiva en dos oportunidades, el intento fue fallido por lo cual se procede a anestesia general, la cirugía duro 35 minutos, duración e la anestesia general 55 minutos.

En las fechas de 05 y 06 de abril en las notas médicas se describe evolución favorable e indican movilización activa y lactancia materna.

En fecha 07 de abril en su tercer día de internación puerperio quirúrgico mediato, María refería cefalea el cual fue tratada con cofargot, sus signos vitales estaban dentro los parámetros normales, a horas 08:55 (en la hoja de internación del Hospital de la Mujer, reporta ingreso 09:00) María presento perdida de la conciencia de forma súbita, diaforesis y cianosis digital con presión arterial de 130/90 mmHg la intuban y realizan la coordinación de transferencia al Hospital de la Mujer, la llevan en ambulancia acompañada por el residente de turno, el cónyuge y la madre de María,

El mismo 07 de abril a horas 11:00 ingresa a unidad de terapia intensiva, en malas condiciones generales, presión arterial de 92/59 mmHg, sumamente irritable, estado crítico y su pronóstico fue incierto.

El 08 de abril su evolución fue desfavorable, presento paro cardio circulatorio y se realizó (RCP) avanzada sin éxito, María falleció en UTI a horas 03:45, dejando en orfandad a dos criaturas.

## **Análisis de las demoras**

**Primera y segunda demora:** No hubo retrasos en buscar atención médica ya que la cesárea era programada y María cumplió con todas las indicaciones de los médicos que la atendieron

**Tercera demora:** en el Hospital de 2do nivel de la ciudad de El Alto donde fue atendida e intervenida quirúrgicamente, la capacidad resolutive del establecimiento de salud no era suficiente, agregando la competencia del personal disponible era insuficiente para tratar el caso.

Relato del conyugue

*“...me dijo que le dolía su cabeza en el Holandés, se puso mal después de que nació mi bebe, no sé qué le habrán puesto, pienso que algo mal hicieron en el Holandés, no me informaron nada lo único que me dijeron es que hay que llevarla al Hospital de la Mujer, ella entro bien y caminando...”* Conyugue

En el Hospital de la Mujer llego en muy mal estado general y poco pudo hacerse.

## **Caso 5: ELENA**

Elena era una mujer de 34 años de edad, vivía en la ciudad de La Paz, trabajaba como ayudante de albañil, estudio hasta primaria y fue sacada del colegio por sus padres. Según referencia de su hermano tenía discapacidad intelectual el cual o era tratada, antes de su internación vivía con sus padres en la Provincia Ingavi comunidad de Atahuallpani, cuando sus padres fallecieron llevada a vivir a la periferia de la ciudad y vivir junto a sus hermanos, Era madre de una niña de 11 años en ese entonces, no tenía pareja conyugal, fue abusada sexualmente de su primer embarazo, se desconoce al padre del

segundo embarazo. Los hermanos de Elena desconocían que estaba embarazada.

**Datos médicos/ atención médica.** Elena no realizó control prenatal, tuvo un embarazo previo, en el relato de hermano de Elena su primer embarazo fue producto de abuso sexual, desconociendo al padre de la criatura el parto se produjo en fecha 30 – 06 – 06, estaba en su segundo embarazo, no utilizaba métodos de anticoncepción y su embarazo no fue planificado

*“...la llevaron por un dolor abdominal al Hospital y ahí fue que se enteraron de su embarazo, le habían dado un mate de chilca pero no calmaba, fue mi otra hermana quién la llevo con mis otros hermanos...”*

Hermano

Elena acude el día 11 de mayo primero al hospital de la mujer, al llegar a la puerta la envían directo al hospital de 3er nivel de la ciudad de La Paz ya que los familiares negaron el embarazo que cursaba, ingresa al hospital inconsciente a horas 07:45, con antecedentes de haber presentado convulsión tónico clónica, con presión arterial de 200/110mmHg, se aplicó ZUSPAM a la inspección abdominal se evidencia distensión abdominal a expensas de útero gestante con altura de fondo uterino (AFU) 25 cm. se instaló sonda nasogástrica del cual se obtuvo débito bilioso abundante, se coordina con UTI del Hospital de la Mujer y realiza la transferencia al dicho hospital.

Paciente ingresa al hospital de la Mujer el 11 de mayo, la hora exacta no se puede deducir con exactitud ya que hay inconsistencia en los reportes de hora de transferencia e ingreso. Paciente en muy mala condición inconsciente, con piel y mucosa deshidratada y pálida. No responde a estímulos verbales ni dolorosos, Glasgow de 5/15.

Se programa para cesárea de emergencia e ingresa a quirófano a horas 10:35 según la nota de anestesiología, se obtiene producto único vivo de sexo femenino con un peso de 2520 g. apgar 5 – 7/ 10

El 11 de mayo su evolución fue desfavorable, ingresa a UTI a horas 11:45, con los diagnósticos de estado de coma, Accidente Vasculo Cerebral a descartar, hipertensión intracraneal, síndrome de Hellp a confirmar, probable neumonía por bronco aspiración, puerperio patológico inmediato, deshidratación moderada.

Pronóstico vital y funcional malo, con deterioro neurológico, alto riesgo de complicaciones y fallecimiento. Estuvo internada por casi siete días en terapia Intensiva sin ninguna mejoría, se realizó una nota de Limitación de esfuerzo terapéutico a solicitud de sus familiares, pese que se hizo la explicación clara sobre su diagnóstico actual para el 17 de mayo fue de estado de coma irreversible por accidente vasculo cerebral hemorrágico, haciéndose responsable la familia por la decisión. El día 18 de mayo a horas 10:25 Elena muere en sala de UTI.

### **Análisis de las demoras**

**Primera demora:** Los familiares que vivan con Elena no reconocieron los signos de peligro, tuvo intenso dolor abdominal, por lo cual sus familiares le dieron mate de chillca, pero el dolor no seso. Los familiares aplicaron tratamiento casero...

*“...Le dolía fuerte su barriga, mi hermana le dio mate de chillca, pero se puso peor, y luego de pronto le dieron ataques y nos asustamos, la llevamos al hospital, durante el trayecto le volvió a dar otro ataque...”* Hermano

Además cabe mencionar que no existe un centro de salud cercano al domicilio de la familia.

**Segunda demora:** El transporte se consiguió mucho después.

“...Tuvimos que buscar un auto particular, en la noche no hay muchos autos por aquí y como era de noche casi la madrugada ha sido un poco difícil conseguir...” Hermano

Llegar al centro de salud es otro reto importante, pero que está totalmente fuera del control de la madre. Factores como la cercanía/distancia del centro de salud, la disponibilidad y costo de transporte.

**Tercera demora:** Si hubo demora, se tardó en atenderla en el establecimiento de salud donde acudió en primera instancia, no la valoraron pese a su inconciencia no brindaron soporte vital, argumentando que como no estaba embarazada la enviaron directamente al hospital de clínicas demostrando la baja calidad de atención que recibió Elena. Se demoró en atenderla oportunamente esto se evidencia por las diferencias de horas reportadas en la historia clínica y la versión del hermano de la paciente. A esto se suma que la capacidad de resolutive del establecimiento de no era suficiente.

### **Caso 6: FILO**

Una mujer joven de 27 años de edad, madre de un niño de 4 años para ese entonces, no vivía con el papá de su hijo al año de edad el padre desapareció y nunca más se supo de él, el embarazo que cursaba era de otra pareja que tampoco vivía con Filo ni se hizo responsable dejándola sola.

Ella era procedente de la comunidad Cacahual en el cantón Mapiri de los Yungas del departamento de La Paz, vivía con su hijo, con su madre y sus dos hermanitos menores, atendía una tienda de barrio en su comunidad, estudio hasta la secundaria, tenía trabajos eventuales antes de establecer su tienda. Según el relato de su hermana, desconocían del embarazo de Filo ya casi por los 7 meses de gestación la madre de Filo lo noto. Relato de la hermana mayor de Filomena

*“...Mi hermana estaba deprimida, nunca hablaba que haya aguantado, de paso el chico (el padre del segundo embarazo) se ha metido con mi prima, delante de ella andaba, tal vez por eso no quería comer...”*

Hermana

### **Datos médicos/ atención médica.**

Era su segundo embarazo, realizo un control prenatal en la semana 8 de gestación, no usaba ningún método de anticoncepción, tuvo un embarazo previo y parto eutócico hace ocho años para ese entonces. Su embarazo no fue panificado.

El día 28 de junio a horas 21:00 al Centro de Salud de Mapiri, acompañado de sus familiares refiriendo cuadro clínico de un día de evolución caracterizado por dolor abdominal de tipo cólico de moderada intensidad, con ausencia de movimientos fetales, astenia, adinamia, artralgia, mialgia, odinofagia, disfagia y además de la coloración amarillenta de escleras que según la paciente ya hace dos días y niega lazos térmicas.

Examen físico: paciente ingresa deambulando, caquética, álgida, consiente, orientada en las tres esferas mentales, con piel y mucosas deshidratadas e ictericas, se controla presión arterial 140/110mmHg y se inicia alfametildopa de 500mg cada 8horas por vía oral.

El mismo día a horas 21:30 de transfiere al hospital de Caranavi, con el diagnostico de hipertensión de inducida por el embarazo y óbito fetal, la trasladan en ambulancia a solicitud de la madre y del tío de Filo, en el trayecto sufren un percance, el camino estaba en arreglo y esperaron dos horas para continuar su traslado. Llegaron al hospital de Caranavi a las 10:53 aproximadamente (según la boleta de referencia) donde no se cuenta con información referente a la paciente, ya que la Directora Indica que la Historia Clínica de la paciente no se encuentra disponible por la falta de personal

pertinente, según informe de la familia, la fallecida solo estuvo casi dos horas en este establecimiento de salud, y se cuenta con la nota de transferencia que indica que fue transferida el día 29 de junio de 2017 a horas 11:03.

El hospital de Caranavi coordina transferencia al hospital de la Mujer con los diagnósticos de: embarazo de 30 semanas por ecografía se evidencia embarazo gemelar óbito fetal de un producto, y bradicardia fetal del segundo producto, caquexia y fiebre amarilla a descartar.

El día 29 de junio a horas 19:30 llega al hospital de la mujer, en la misma ambulancia de Mapiri en compañía de su madre y hermana mayor de Filo, ingresa por emergencias con un cuadro clínico de una semana de evolución, caracterizada por cefalea de tipo pulsátil, somnolienta con Glasgow de 14/15.

El día 30 de junio se realiza la cirugía para cesárea, se obtiene producto gemelar de sexo masculino con APGAR de 0/10, el primer producto con peso de 1700g y el segundo con 1500g. Posterior a la cirugía ingresa a UTI, pronóstico reservado.

El día 04 de julio Filo ingresa a quirófano para una laparotomía exploratoria hallando debito serohemático de 1500 ml aproximadamente, el mismo día llegan los resultados de Elisa desde Santa Cruz, donde se descarta Fiebre Amarilla y se confirma Leptospirosis el 05 de julio es valorada por infectología el cual indica conducta a seguir. Sus días de estancia en UTI son con pronóstico reservado, con falla hepática y renal con alto riesgo de fallecimiento.

El 07 de julio se solicita hemodiálisis, además colocar bolsa de colostomía, el mismo día es valorada por Nefrología, se realiza manejo de soporte vital avanzado conjuntamente con las diferentes especialidades.

El día de 10 de julio a horas 02:30 Filo presenta paro cardiorrespiratorio, se realiza maniobras de reanimación básica y avanzada sin respuesta. Filo fallece en UTI a la 03:10, dejando un hijo en la orfandad.

### **Análisis de las demoras**

**Primera demora:** Paciente acude a su centro de salud de su comunidad después de 1 día aguantar su malestar dolor abdominal de moderada intensidad

*“... desde que se ha embarazado no quería comer, estaba deprimida, nunca hablaba que haya aguantado, sus ojos estaban amarillo y ella estaba muy flaquita, no había ido a sus controles prenatales, a uno apenas fue...”* Hermana

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

**Segunda demora:** Si, hubo demora el camino estaba en mal estado y la distancia era del primer centro de salud Mapiri al hospital de Caranavi 5 horas aproximadamente y de Caranavi a La Paz casi 6 horas.

*“...Después de llevarla al Centro de Salud de Mapiri la transfirieron al Hospital de Caranavi en ambulancia, el camino es feo y estaban arreglando ahí estuvimos plantados 2 horas hasta eso se puso peor, ya estaba perdiendo el conocimiento, llegamos a Caranavi y el hospital la transfirió a La Paz, el viaje fue de 6 horas...”*

La paciente acude primero a su centro de salud en Mapiri, este centro de salud no cuenta con los recursos suficientes para atenderla, la transfieren a Caranavi, al verla descompensada y deshidratada, coordinan su transferencia a la ciudad de La Paz sin realizar ningún procedimiento alegando la falta de recursos...

### **Tercera demora:**

*“...cuando llegamos al hospital de Caranavi en la ambulancia, los doctores no le hicieron nada, llévenle a La Paz directamente ya hemos hablado, está muy mal se ha hinchado aquí peor va a estar, no tenemos lo necesario para atenderla...así no más nos dijo los doctores...”*

Hermana

Las demoras se dieron en Caranavi se tardó en atenderla de forma oportuna, no se aplicó el, tratamiento adecuado y la capacidad resolutive del establecimiento no fue suficiente para atender el caso, en el Hospital de la Mujer llego en muy mal estado se aplicó tratamiento inadecuado se manejó como fiebre amarilla hasta descartar, ya para el quinto día de internación se confirma Leptospirosis.

### **Caso 7: LIZ**

Era una mujer de 38 años de edad, vivía con su esposo y sus hijos en la periferia de la ciudad de La Paz, trabajaba atendiendo un baño público durante las mañanas en el centro de la ciudad y por las tardes se dedicaba a la atención de sus hijos, era casada madre de 4 hijos en ese tiempo, hasta la secundaria.

**Datos médicos/ atención médica.** Tuvo 4 embarazos previos, 3 cesáreas y un parto, vivían tres de sus cuatro embarazos, ya que un bebe falleció a la semana después de haber nacido. Su último parto fue el abril del 2012, no utilizaba ningún método de anticoncepción, se desconoce si el embarazo fue planificado, de su embarazo de ese tiempo realizo 5 controles prenatales desde la semana 14 de gestación cumpliendo con la citas médicas indicadas, además por la versión del esposo, Liz realizaba controles de Papanicolaou cada año y pruebas de glicemia periódicamente ya que era requisito de Pro Mujer donde ella asistía, y acudía regularmente al centro de Salud El Tejar.

El día 11 de agosto Liz presento dolor abdominal de moderada intensidad, había discutido con su madre en horas de la tarde, espero a que llegara su esposo, a las 23 horas aproximadamente salen al Hospital de 2do Nivel de ciudad de La Paz, sin dificultad de transporte, la traslada en taxi. En dicho nosocomio la valora e indican que está bien obstétricamente y le sugieren al esposo que la lleve al hospital de clínicas por presumir colelitiasis por el cuadro clínico dolor abdominal intenso, la envían directamente sin hoja de transferencia menos coordinación

Llegan al hospital de 3er nivel de la ciudad y en emergencias le derivan sin hoja de referencia al Hospital de la Mujer alegando que como está embarazada le corresponde la atención en dicho hospital, por la cercanía de ambos hospitales el esposo de Liz la lleva nuevamente al hospital de la mujer, donde es valorada en emergencias, la envía nuevamente al hospital de clínicas con boleta de referencia donde indica Obstétricamente estable, con Dx de Colecistitis aguda, Morphy positivo, en emergencias presenta convulsión tónico clónica de duración de 5 minutos, por tal motivo la internan de emergencias a las 01:20.

El día 12 de agosto a horas 06:45 ingresa a quirófano de emergencias para cesárea, se obtiene producto único vivo de sexo masculino con peso de 1820g, APGAR de 6/10 al primer minuto, el mismo día ingresa a UTI a horas 09:30, con cuadro obstétrico crítico. En la misma fecha se realiza Laparotomía exploratoria- packing hepático- lavado y drenaje de cavidad, no se tiene la hora registrada.

El 12 de agosto a horas 09:00, Paciente con evolución desfavorable, ingresa con cuadro de abdomen quirúrgico que progresa a eclampsia complicada con síndrome de HELLP. Durante las primeras horas de internación presenta convulsiones tónico clónicas generalizadas, secundaria a la crisis hipertensiva, posterior a la misma alteración hemodinámica por choque hipovolémico hemorrágico secundaria a ruptura hepática. Se realiza cirugía de emergencia

con packing hepático hemostático, la paciente progresa a disfunción multiorganica en siete sistemas, sin respuesta al tratamiento instaurado, presentando en tres oportunidades paro cardiorrespiratorio, en las dos primeras ocasiones revertido, posterior al tercer paro cardiorrespiratorio la paciente fallece el día 13 de agosto a horas 11:50.

## **Análisis de las demoras**

### **Primera demora:**

Paciente soporto su malestar, tuvo dolor abdominal de leve a moderada intensidad.

*“... Cuando llegue a casa ya era de noche casi las 11:00, me había estado esperando, me dijo que le dolía su estómago, pero que no era por el embarazo, ya que ella conocía muy bien las contracciones, pero en horas de la tarde había discutido con su mama no sé cuál sería el motivo de la discusión, solo me dijo me estaba esperando y yo la lleve al hospital (...) de inmediato...”* Esposo

**Segunda demora:** no hubo demora

**Tercera demora:** Se tardó en realizar la atención oportuna e inmediata, no se manejó bien el de sistema de referencia desde el primer establecimiento al que acudió Liz y su esposo, se tuvo que esperar a que convulsione para ser atendida.

El personal que la atendió dio un diagnóstico equivocado también se aplicó tratamiento inadecuado, y la capacidad resolutive del establecimiento de salud no era suficiente.

## 8.10. Análisis de las demoras

A modo general, al analizar los siete casos, según el modelo de las tres demoras, se comprueba claramente que la mayor cantidad de fallas se presentan durante la tercera demora, identificada en todos los casos y referida a la atención recibida, a la calidad, el común de los casos fue la capacidad resolutive del establecimiento de salud no fue suficiente y la competencia del personal de salud disponible era insuficiente para tratar el caso, en cuanto a la primera se encontró que seis de los siete casos soporto su malestar para decidirse en buscar ayuda, y la segunda demoras se presentan en algunos de los casos, se relacionó con la dificultad de referencia y se resumen en el siguiente cuadro.

**Cuadro 6: Demoras identificadas por casos de mortalidad materna analizados**

<b>Nº de Caso</b>	<b>Primera Demora</b>	<b>Segunda Demora</b>	<b>Tercera Demora</b>
<b>1 CORAL</b>	Soportó mucho tiempo su malestar	No hubo demora	La capacidad resolutive del establecimiento de salud no fue suficiente
<b>2 BELEN</b>	Soportó su malestar	La distancia del establecimiento de salud era grande. Camino en mal estado Sistema de referencia deficiente.	Competencia del personal de salud disponible insuficiente La capacidad resolutive del establecimiento de salud no fue suficiente
<b>3 JULIA</b>	Soportó su malestar	La transferencia no fue oportuna.	La capacidad resolutive del establecimiento de salud no fue suficiente. (en el primer establecimiento al que acudió) Llego en muy mal estado y poco pudo hacerse (en el hospital donde falleció)
<b>4 MARIA</b>	No hubo demora	No hubo demora	Competencia del personal de salud disponible insuficiente La capacidad resolutive del establecimiento de salud no fue suficiente (en el primer establecimiento al que acudió). Llego en muy mal estado y poco pudo hacerse (en el hospital donde falleció)
<b>5 ELENA</b>	Soportó su malestar Se aplicó tratamiento	El transporte se consiguió después. La distancia del hospital es grande.	La capacidad del establecimiento de salud no fue suficiente

	casero en casa		
<b>6 FILO</b>	Soportó mucho tiempo su malestar	La distancia del hospital era muy grande. El camino en muy mal estado	La capacidad resolutive del establecimiento de salud no fue suficiente (en el primer y segundo establecimiento al que acudió). Competencia del personal de salud disponible insuficiente para tratar el caso (en el segundo establecimiento.) Llego en muy mal estado y poco pudo hacerse (en el hospital donde falleció)
<b>7 LIZ</b>	Soportó su malestar	No hubo demora	Se tardó en atenderla, se dio un Dx equivocado, se aplicó un tratamiento adecuado La capacidad resolutive del establecimiento de salud no fue suficiente

**Fuente: Entrevistas a parejas y familiares de las mujeres fallecidas (aplicando el Formulario Único de estudio de mortalidad Materna 2017).**

### 8.11. Análisis de las causas de muerte a partir de determinantes sociales

**Cuadro 7: Análisis de causas de muerte por determinantes sociales**

<b>CASO</b>	<b>Situación socioeconómica.</b>	<b>Bajo nivel educativo</b>	<b>Seguros de salud</b>	<b>Relaciones familiares</b>	<b>Control sobre su sexualidad</b>
1 – (40) CORAL	Trabajaba por cuenta propia, no tenía un apoyo con algún ingreso económico.	Estudio hasta la primaria	No contaba con ningún tipo de seguro de salud, tampoco estaba beneficiada con el seguro de Bono Juana A.	Sus 3 hijas mayores vivían independientemente ya que eran hijas de su primera pareja, los niños menores vivían con la fallecida	No utilizaba ningún método anticonceptivo, no realizó ningún prenatal. No sabía o ocultó su embarazo
2 – (28) BELEN	Comerciante	estudio hasta el primer grado de secundaria	No contaba con ningún tipo de seguro de salud, tampoco estaba beneficiada con el seguro de Bono Juana A.		No utilizaba métodos de anticoncepción, su embarazo fue planeado y deseado. Realizo 5 controles prenatales

3 – (40) JULIA	Artesana trabajaba en su negocio familiar donde realizaban zapatos.	Estudio hasta la secundaria.	No contaba con ningún tipo de seguro de salud, tampoco estaba beneficiada con el seguro de Bono Juana A.	Vivía en una familia nuclear, estable.	No utilizaba ningún método de embarazo fue planeado. Realizo 2 controles prenatales
4 – (24) MARIA	Se dedicaba a labores de casa	estudio hasta sexto grado de secundaria	No contaba con ningún tipo de seguro de salud, tampoco estaba beneficiada con el seguro de Bono Juana A.	estado civil era de unión estable con su cónyuge, tuvo dos un hijos	No utilizaba métodos de anticoncepción, según su carnet de control prenatal el embarazo fue planeado. Realizo 5 controles prenatales
5 – (35) ELENA	Trabajaba como ayudante de albañil, padecía de discapacidad intelectual	Estudio hasta primaria, fue sacada del colegio por sus padres.	No contaba con ningún tipo de seguro de salud, tampoco estaba beneficiada con el seguro de Bono Juana A.  Acudían a la medicina tradicional	Vivía sola con sus padres en el campo, madre soltera de un hijo mayor	No utilizaba métodos de anticoncepción y su embarazo no fue planificado.
6 – (27)	Atendía una tienda de barrio en su comunidad,	estudio hasta la secundaria	No contaba con ningún tipo de seguro de salud, tampoco	Madre soltera, vivía con su madre, su	Embarazo no fue panificado. No utilizaba

FILO	tenía trabajos eventuales antes de establecer su tienda.		estaba beneficiada con el seguro de Bono Juana A Acudía al centro de salud.	hijo y sus dos hermanos	ningún método de anticoncepción
7 – (37) LIZ	trabajaba atendiendo un baño público durante las mañanas en el centro de la ciudad y por las tardes se dedicaba a la atención de sus hijos	Estudio hasta la secundaria.	No contaba con ningún tipo de seguro de salud, tampoco estaba beneficiada con el seguro de Bono Juana A.	Casada, vivía en una familia nuclear y estable	no utilizaba ningún método de anticoncepción. Realizaba controles de Papanicolaou cada año y pruebas de glicemia periódicamente

Fuente: Análisis de historiales médicos mortalidad Materna 2017).

A partir de las historias reconstruidas por familiares y parejas de las mujeres fallecidas, en los siete casos analizados, se identifican determinantes sociales comunes, que incidieron directa o indirectamente en las muertes maternas.

Estos determinantes constituyen condiciones de alta vulnerabilidad, entre los que se destacan los siguientes:

**Situación socioeconómica.** De bajos ingresos económicos en que vivían cuatro de las mujeres fallecidas y sus familiares; de estas cuatro mujeres tres de ella serán madres solteras y una en unión libre y estas mismas trabajaban para el sustento de sus hijos.

El nivel socioeconómico bajo constituye uno de los determinantes sociales que se asocia con la muerte materna, en tanto limita el acceso a educación, a fuentes de ingreso, a una buena alimentación como fueron los casos de Filo y María que tenían desnutrición en el embarazo, a aseguramiento en salud y a servicios médicos asistenciales de calidad, entre otros aspectos.

Un dato que refuerza estos hallazgos es que, según el OPS (2013), el 86% de las muertes maternas ocurren en maternidades y hospitales públicos, que son los centros donde acude la población de más bajo nivel socioeconómico. Todos estos factores son condicionantes de la primera y segunda demora, referidos a la búsqueda de atención en salud por parte de las mujeres gestantes.

Las mujeres fallecidas tenían edades entre los 24 y los 40 años, con una media de 33,1 años. En los siete casos analizados, 4 mujeres residían en la zona periurbana de la ciudad de El Alto, un caso residía en Mapiro lo que permite deducir que no tenían mayores obstáculos geográficos para el acceso a los servicios de salud del Hospital en estudio.

A partir de las informaciones suministradas por familiares y parejas de las mujeres fallecidas, sus ingresos se encontraban por debajo del costo de la

canasta básica familiar nacional que solo tres mujeres tenían autonomía económica: Filo que era madre soltera, jefa de hogar y propietaria de su propia tienda de barrio en su comunidad; Elena, que era madre soltera, trabajaba como ayudante de albañil y Julia madre soltera de seis hijos con su tercera pareja no estable, trabajaba como cocinera y atendía su puesto de venta de comida.

**Bajo nivel educativo**, ninguna llegó a nivel técnico o universitario, de los siete casos, cinco llegaron a la secundaria, dos llegaron hasta la primaria, e estas dos una sufría discapacidad intelectual no tratada.

Se ha establecido una asociación negativa entre escolaridad y mortalidad materna. Para las mujeres analfabetas, el riesgo de morir por razones relacionadas al embarazo, parto o puerperio es seis veces mayor con respecto a las que tienen al menos el nivel de educación de media o más; para las que no concluyen la educación básica, el riesgo es cuatro veces mayor respecto a quienes la concluyen, y para quienes la concluyen, el riesgo es tres veces mayor. (9)

Una de las causas principales de la deserción escolar en las adolescentes es el matrimonio o unión temprana y el embarazo, lo que constituye un obstáculo para mejorar sus condiciones de vida. De esta forma se convierten en una carga para la familia y la sociedad, y las expone a la dependencia económica de sus parejas, limitando su autonomía. Sin embargo, dado que son capacitaciones de poca especialización, solo les permiten acceder a empleos de baja remuneración, impidiéndoles salir del círculo de la pobreza en que se encuentran.

**Seguros de salud** de los siete casos ninguna gozaba de algún seguro médico de corto plazo, tampoco gozaban del Bono Juana Azurduy.

Pese a que los servicios públicos de salud no deben negar la atención a la salud a ninguna persona que lo requiera, es un hecho que las mujeres no aseguradas enfrentan mayores limitaciones para acceder a los servicios de salud; y deben incurrir en mayores gastos para cubrir de manera privada los costos de transporte, tratamientos, medicinas y estudios, a costa de su presupuesto familiar.

**Relaciones familiares inestables.** En dos de los casos, las mujeres tenían una relación en unión libre, solo dos de las mujeres fallecidas era casada, dos casos eran solteras y un caso tenía su tercera pareja (no fue definido si eran conyugues) En el caso de Coral los hijos e hijas de las mujeres fallecidas tenían diferentes padres, en el caso de Filo y Elena no contaban con apoyo de los padres de sus hijos para la manutención menos para su atención o cuidado. Esta situación de irresponsabilidad paterna se mantuvo aun después de la muerte de las mujeres.

**Control sobre su sexualidad** evidenciada en un limitado acceso a información y servicios de salud sexual y salud reproductiva; y de anticoncepción, que resultan en posibles embarazos no planificados y terminar en aborto practicados en condiciones inseguras (1 caso posible).

En tres de los siete casos estudiados, los embarazos no fueron planificados (Coral, Elena, y Filo) uno de ellos termino en aborto con complicaciones, fue el caso de Coral. En los otros tres casos el embarazo fue planificado, el caso de Julia en versión del esposo indica que deseaban tener una niña, y los casos de María y Belén se tomó la información de Carnet de control prenatal, y el último caso no se obtuvo información. Esto demuestra el escaso control que estas mujeres tenían sobre su sexualidad, evidenciado en la falta de información en salud sexual y reproductiva, y una clara necesidad insatisfecha de anticoncepción en tres de los casos.

Todos los casos analizados ejemplifican los vacíos existentes en materia de promoción e implementación de los programas de planificación y en el reconocimiento de los derechos sexuales y derechos reproductivos de la población, particularmente de las mujeres.

**Bajo nivel de empoderamiento de las fallecidas** evidenciado mayormente en la falta de exigibilidad de su derecho a recibir una atención de salud de calidad. Sin embargo, conociendo las deficiencias de la salud pública, estas mujeres no se sintieron con derecho a exigir mejor calidad de atención, De acuerdo a sus familiares, en el caso de Julia mencionaron que después de lo sucedido ya no acude a ningún centro de salud, prefiere asistir a la farmacia que mejor atención le brinda, o en el caso de Filo la hermana indica que no era bueno el Hospital de su comunidad, las razones expuestas por ellas fueron, en un caso, que tenía malas referencias del trato y de las condiciones del Hospital.

La Comisión Interamericana de los Derechos Humanos (CIDH) considera que la percepción de la calidad del servicio puede influir en la decisión de las mujeres de acudir por asistencia médica, a lo que se suma la insensibilidad cultural o trato irrespetuoso percibido en el personal médico, que pueden hacer que las mujeres y sus familias desistan de buscar ayuda.

#### **8.12. Análisis de eslabones críticos de atención en salud**

El análisis de los eslabones críticos de atención en salud proporcionó información complementaria sobre algunas omisiones, incumplimientos o falta de calidad en los procedimientos médicos llevados a cabo en los siete casos de las mujeres fallecidas, durante su atención prenatal, en el parto y el puerperio.

El mismo se realizó a partir de la revisión de los expedientes clínicos de las mujeres fallecidas, y en relación a los seis eslabones críticos para la prevención de muertes maternas, que implica el modelo:

1. Programas preventivos; 2. Control prenatal; 3. Referencia del embarazo de alto riesgo; 4. Atención de segundo o tercer nivel; 5. Parto y urgencias; y 6. Puerperio.

**Eslabón 1:** Programas preventivos. En la mayoría de los casos analizados se identificaron fallas relacionadas con los servicios de educación y consejería en anticoncepción. Entre ellos destacan las tres mujeres (Coral, Julia y Liz) mujeres multigestas añosas, no utilizaban método anticonceptivo de estas mujeres una con Aborto previo, y la otra termino en aborto séptico. Claramente evidencian una necesidad insatisfecha de anticoncepción.

**Eslabón 2:** Control prenatal en los casos estudiados no se identificaron problemas durante el control prenatal. La mayoría 5 de las mujeres de los casos analizados tuvo entre uno y cinco controles prenatales. Dos casos no realizaron controles prenatales.

**Eslabón 3:** Referencia del embarazo de alto riesgo. Los casos de Julia, Belén, Liz, Filo no fueron referidos oportunamente a un nivel superior de atención desde el primer centro al que acudieron, tres de estos casos recién mencionado presentaron convulsiones en su trayecto de referencia y una en afueras de emergencias.

**Eslabón 4:** Atención de segundo o tercer nivel. En cuatro de los siete casos analizados, no se realizó la referencia oportuna ante la deficiencia de capacidad resolutive del establecimiento de salud. El caso más crítico fue el de Julia que no fue referida oportunamente por falta de pago a la clínica privada donde fue atendida en primera instancia.

En todos los casos analizados se identificaron fallas en la atención médica al parto y el manejo apropiado de las urgencias obstétricas. En cada caso se pudieron detectar omisiones, falta de apego a protocolos de salud y atención deficiente, así como falta de medicamentos, insumos y equipos, y errores en el

manejo de las complicaciones, estas últimas situaciones identificadas en tres de los casos.

**Eslabón 6:** Puerperio. En el caso de Belén, Julia y María se infieren fallas en el seguimiento durante el periodo de puerperio. Julia muere dos días después de la cesárea, En el caso de María, dos días después de la cesárea entra en estado de coma, por lo que es llevada a la UCI, donde permaneció durante 3 días sin mejoría de su cuadro, hasta el momento en que es declarada muerta.

En conclusión, al analizar cada uno de los casos de muerte materna, se evidencia una serie de fallas y omisiones que jugaron un rol importante en los desenlaces fatales de estas mujeres. El cuadro 5 presenta los hallazgos del análisis de los eslabones críticos de atención.

**Cuadro 8: Fallas en los eslabones de atención en los seis casos de MM evaluados**

Casos	Eslabones					
	Programas preventivos	Control prenatal	Referencia embarazo de alto riesgo	Atención de segundo o tercer nivel	Parto y urgencias	Puerperio
1 – Coral	X	X	NC	NC	X	NC
2 – Belén	X	Si	X	X	X	X
3 – Julia	X	Si	X	X	X	X
4 – María	X	Si	Si	X	X	X
5 – Elena	X	X	NC	NC	NC	NC
6 – Filo	X	Si	X	X	X	X
7 – Liz	X	Si	X	X	X	X

**Fuente: Expedientes de mortalidad materna del hospital de la Mujer 2017; entrevistas a parejas y familiares de las mujeres fallecidas.**

X= No se realizó

NC= No corresponde

Tomando en consideración los resultados presentados –tanto con el modelo de las demoras como del análisis de los eslabones de atención–, se hacen visibles problemas en distintas esferas de la calidad de la atención recibida por las mujeres fallecidas. Aunque en tres de los casos hubo demoras en la identificación del problema y en la decisión para buscar atención médica, al observar las causas directas de las muertes, se concluye que la calidad de la atención durante el control prenatal, durante la labor de parto, en el posparto inmediato y durante el control del puerperio fueron las áreas más deficientes en el proceso de atención. Esta situación es aún más crítica, si se consideran los antecedentes de salud de las mujeres fallecidas.

En resumen, tomando en consideración todos los hallazgos obtenidos, las muertes de estas mujeres pudieron ser evitadas, de haberse detectado de manera oportuna las condiciones de salud subyacente, y haberse tratado con eficacia. Esto constituye motivo de gran preocupación social, ya que es un reflejo de las condiciones de desventaja de los sectores sociales de donde provienen la mayoría de estas mujeres.

## **IX. CONCLUSIONES**

Conclusión de acuerdo a los objetivos específicos planteados

Describiendo los casos identificados de muerte materna, con sus diferentes circunstancias y características, se encontraron en los casos estudiados lo siguiente:

En el caso 1. En la parte I de la autopsia verbal de la ficha de Vigilancia no fue llenada con una entrevista, la información fue extraída directamente de la historia clínica, no cuenta con Epicrisis, ni resumen del caso, en cuanto al certificado de defunción no existe ninguna observación, el análisis del comité hospitalario no es claro. En conclusión de este caso, fue una muerte materna directa evitable, con responsabilidad en primera instancia de la atención medica hospitalaria, en segunda instancia de la paciente y la familia.

En el caso 2. En este caso no se tiene ninguna observación en relación al llenado de la ficha de Vigilancia, se llega a la conclusión de muerte materna por causas directas evitable con responsabilidades en primera instancia en la atención medica hospitalaria de los tres niveles de atención, primero por la deficiencia del sistema de referencia en el departamento, segundo por la deficiencia de la atención.

En el caso 3. En la parte III no se identificó las demoras, en cuanto al análisis del comité hospitalario no fue adecuada. No existe observación en el certificado de defunción. Se concluye que es una muerte materna directa evitable, con responsabilidad en primaria instancia al primer establecimiento de salud donde fue atendida y al primer establecimiento de salud al cual acudió y fue rechazada su atención.

En el caso 4. La parte de la autopsia verbal no se realizó la entrevista se hizo una copia del expediente clínico, se concluye que fue una muerte materna

directa evitable con responsabilidad al primer establecimiento de salud de segundo nivel donde fue atendida.

En el caso 5. No se cuenta con la ficha epidemiológica.

Caso 6. La parte II de la autopsia institucional incompleta, certificado de defunción sin observaciones, se concluye una muerte materna directa evitable, con responsabilidad en primera instancia en los primeros establecimientos de salud donde fue atendida, en segunda instancia a la fallecida y la familia.

En el caso 7. En las tres partes de la ficha los datos incompletos, en cuanto al certificado de defunción no existe observación, se concluye que fue una muerte materna directa evitable, con responsabilidad en primera instancia al establecimiento de salud que acudió, seguidamente al hospital de tercer nivel.

**Al caracterizar las demoras presentes en los casos de muertes maternas analizados en profundidad, y cómo estas interactúan con las fallas, omisiones y falta de calidad en los procedimientos médico-científicos, mediante el análisis de los eslabones críticos de atención podemos concluir que:**

Las fallecidas del estudio no utilizaron ningún método de anticoncepción, es decir que el embarazo posiblemente no fue planificado; también en relación a las entrevistas la mayoría de los entrevistados menciona baja calidad de atención en los centros de salud y hospitales donde fueron atendidas antes de llegar al Hospital de la Mujer, mencionaron que si tuvieran los recursos económicos estos hubieran iniciado demandas a las instituciones como al personal médico. Por ejemplo en el caso 3 el esposo de la fallecida menciona lo siguiente en la entrevista:

“... yo he querido hacer una demanda a la clínica, pero mis familiares me dijeron dinero y tiempo vas a gastar así no más lo he dejado, ya no tengo

recursos económicos, debo dinero al banco por mi negocio, si tuviera dinero ya hubiera denunciado la negligencia médica de la clínica...” Esposo de Julia.

Otros familiares de las fallecidas mostraron impotencia ante el desenlace de su pareja.

“...si ella cumplió todo con sus controles del embarazo, fuimos al hospital y ella entro caminando a su operación, que no mas la habrán hecho, a mi nada me informaron, algo le inyectaban que seria, ni modo así o más se murió y yo nada pude hacer...” Esposo de María

Otros familiares mostraron descontento en la atención de los establecimientos de salud.

“... Muy mal nos atendieron, de un lado a otro lado nos mandaron, si la hubieran atendido rápido ella ahora estaría viva, todo está bien no más nos decía, llévela al otro hospital de su embarazo todo está bien...” Esposo de Lizeth.

“... Si no está embarazada no le corresponde la atención aquí, al otro hospital llévela así nos dijeron, ni siquiera la revisaron...” Hermano de Elena.

“Mal siempre atienden, de mi otra hermana su bebé igual se murió en ese hospital, por eso la gente más va a buscar a la señora que atiende los partos en el pueblo, en el hospital a mi hermana nada le hicieron han tardado en enviarla a la ciudad...” Hermana de Filo.

En la mayoría de los casos analizados, de muertes maternas se presentó la tercera demora. Ninguna de las mujeres gozaba de algún seguro médico, ni beneficiadas por el Bono Juana Azurduy solo una de las fallecidas tenia recursos para ser atendida en una institución privada, lo cual para las demás pacientes fue una restricción económica para poder contar con mejor atención médica en el sector privado.

Se puede concluir que, a pesar de que las mujeres son quienes más demandan los servicios de salud sexual y salud reproductiva (debido a su asociación con las funciones relativas a la reproducción y a las tareas de cuidado), el mayor acceso a servicios no necesariamente se corresponde con atención de calidad.

Por el contrario, muchas veces resulta en que las mujeres embarazadas, en trabajo de parto o durante el puerperio no reciban las atenciones con la calidad y oportunidad a la que tienen derecho, donde se presentan los primeros riesgos de infecciones.

Las causas médicas de muerte materna son muy similares a las reportadas en estudios previos, donde alrededor del 80% son debidas a “causas directas”, sin embargo, se nota una variación en cuanto a que los problemas de toxemia han avanzado al primer lugar, desplazando a las hemorragias, además de que la ocurrencia es mayor en el puerperio posterior a cesáreas. Situación que guarda una estrecha relación con la calidad de los servicios, en particular, cuando son servicios médicos brindados a una población de escasos recursos económicos, como es el caso de la gran mayoría de mujeres que fallecieron en el período de estudio.

Los testimonios estudiados evidencian la importancia de las dimensiones sociales de la salud, demostrando que el acceso y la utilización de los servicios de salud son un asunto mucho más complejo y que van más allá de la disponibilidad de los servicios. Por su parte las tres demoras identificadas hace más de dos décadas, han abierto la posibilidad de analizar e identificar otras barreras que generan nuevas demoras en el mismo centro de salud, las cuales no necesariamente se deben a demoras clínicas y administrativas.

**En relación a la investigación de las muertes, no se realizó investigaciones, (al menos no se encontró documentación en los expedientes clínicos) el equipo de Vigilancia Epidemiológica realizó la**

**revisión de las fichas llenadas y emitidas por la institución e hizo un informe técnico y observaciones al hospital de la mujer que se detallan la siguiente conclusión:**

Se realizó una investigación en las instituciones donde las fallecidas fueron atendidas previamente en el Hospital de la Mujer con el fin de identificar las demoras y la evitabilidad de cada una, por ejemplo en el caso 2 se acude al establecimiento de 1er nivel de atención se realiza la búsqueda del expediente clínico, el cual no se halla en los archivos del establecimiento, solo se encuentra el número de historia clínica registrada en el libro de atención prenatal, se acude al hospital de referencia y no se logra acceso, se continua con el tercer establecimiento de referencia y de la misma forma no se halla el expediente clínico en los archivos de historias, no se logra el acceso al siguiente establecimiento donde fue referida, la búsqueda se centró en la identificación de la data de trabajo de parto prolongado, el tiempo del embarazo con el producto obitado por el cual desencadeno la sepsis puerperal.

**Al reconstruir los hechos que llevaron a la muerte materna mediante la descripción de cada una mediante el análisis de la historia clínica y la autopsia verbal se determinó que en la mayoría de los casos:**

Podemos concluir que durante la investigación con los datos contrastados y las entrevistas recopiladas del historial clínico del “hospital de estudio” se puede concluir que de los 7 casos estudiados los diagnósticos no fueron adecuados y que no se actuó de manera oportuna, tanto en las atenciones antes de llegar al Hospital, como en el mismo establecimiento.

El expediente clínico y ninguno de las historias clínicas contaba con las fichas epidemiológicas, es posible que se haya realizado auditoria interna pero no se encuentra documentada, ninguna de las historias clínicas contaba con la documentación, falta de la hoja de epicrisis en dos de los casos presentados,

no se encontraron los resúmenes del caso, inconsistencia en la historia clínica con relación a la entrevista, ejemplo en un caso se menciona la historia clínica que la fallecida convulsiono en su casa antes de ser llevada a la clínica, en la entrevista el esposo asegura que no fue así.

En el caso 3, se acudió a la clínica donde fue atendida en primera instancia donde no se tuvo acceso, se identificó que la clínica cambio de nombre, esta muerte hubiera sido evitable si hubieran atendido oportunamente y si hubieran activado el protocolo de atención de toxemias descritas en el manual de atención de morbilidad obstétrica grave. Al establecimiento de estudio ingreso con AVC hemorrágico, muerte encefálica, neumonía por bronco aspiración, y estado de coma de REED IV, le brindaron: asistencia ventilatoria mecánica en terapia intensiva.

En el caso 4, no se logra el acceso al establecimiento donde fue atendida en primera instancia, esta muerte se hubiera evitado si el control prenatal hubiera sido de más cuidado ya que la fallecida era desnutrida, se hubiera evitado si se hubiera brindado atención oportuna y eficiente de donde fue transferida. Al hospital de estudio ingresó con evolución desfavorable, con signos de hipo perfusión, termodinámicamente inestable, shock hipovolémico, edema cerebral. Le brindaron atención de soporte vital en terapia intensiva.

En el caso 5, la fallecida acudió directo al hospital de estudio, ingresa con diagnóstico de eclampsia, esta muerte hubiera sido evitable si la familia hubiera identificado el embarazo y por consecuencia haber realizado el control prenatal, hubiera sido evitable si se hubiera trasladado de forma oportuna al hospital. Y por último si la atención en el hospital de estudio se hubiera implementado el sistema de triaje establecido.

E el caso 6, se logra al acceso a los establecimientos de salud, en el según hospital de residencia, no se cuenta con el expediente clínico según el personal

el responsable de archivo no se encuentra, esta muerte se pudo evitar si se hubiera brindado atención oportuna y eficiente además de la transferencia oportuna e inmediata, al hospital de estudio la fallecida ingreso en muy mal estado general, no se realizó una atención con el equipo de salud de las diferentes especialidades de forma coordinada, quizá por el estado nutricional de la fallecida no fue oportuno una segunda cirugía. Y por último se hubiera evitado si la fallecida hubiera realizado control prenatal.

En el caso 7 no se logra acceder al hospital de atención inicial, esta muerte se hubiera evitado con la identificación de la toxemia en el primer establecimiento de salud que acudió, con una transferencia oportuna y adecuada ya que la enviaron directamente al siguiente establecimiento, en el hospital de estudio no se realizó el triaje correspondiente despachando a la fallecida a otra especialidad que no correspondía.

**Al evaluar la evitabilidad de la mortalidad materna estudiada en el Hospital de La Mujer podemos concluir lo siguiente:**

Estas muertes se hubiera evitado, si se tuviera un sistema de referencia de atención oportuna, con las condiciones de infraestructura, y recursos humanos médicos que sean suficientes que consolide una prestación de salud integral para la madre que asegure su sobrevivencia; si el hospital de referencia hubiera atendido de forma oportuna a la paciente, en el siguiente establecimiento donde se produjo el parto la atención hubiera transferido a un hospital que cuente con la unidad de terapia y no así derivar casos donde no existía las condiciones de atención, allí se perdió tiempo valioso y por último se hubiera evitado si en el hospital donde falleció no hubiera realizado una laparotomía exploratoria ya que posiblemente el foco de infección se diseminó en este procedimiento.

Aunque se lograra conocer con precisión el número de muertes maternas que ocurren en un determinado lugar, esta información no sería suficiente para comprender el problema o para evitarlo si no se cuenta con todas las condiciones posibles, porque la cifra por sí sola no dice por qué las mujeres se mueren y menos aún explica por qué estas muertes siguen ocurriendo en un mundo que teóricamente cuenta con los recursos para evitarlo.

La identificación de estas demoras puede ser de vital importancia para el diseño de programas tendientes a la reducción de la MM. Es posible que medidas sencillas se traduzcan en grandes cambios si las mismas se aplican en las áreas donde hacen realmente falta.

### **Conclusión de acuerdo al objetivo general y pregunta de investigación**

#### **Se determinó los siguientes factores de la mortalidad materna:**

Los determinantes de la mortalidad materno depende del impacto de la las variables biológicas tales como el peso, la edad gestacional, patologías de la madre entre otras; y variables socioeconómicas como el nivel educativo de la madre, régimen alimenticio, poder adquisitivo que tiene en su ingreso mensual, acceso, y calidad de la prestación de los servicios de salud al cual tiene acceso.

#### **Estos determinantes asociados con la mortalidad en el Hospital de la Mujer de la gestión 2017, se evidencio lo siguiente:**

Las categorías asociadas con la primera demora fueron:

- (1) oportunidades pérdidas para la identificación de morbilidad materna extrema,
- (2) temor de comunicar el malestar frente a la descalificación,
- (3) entre el miedo y la fe en que algo superior resolverá,

(4) desarrollo de la percepción del riesgo obstétrico.

Con la segunda demora:

(1) falta de ordenamiento urbano para el traslado,

(2) ausencia de regulación de costos del traslado,

(3) falta de claridad sobre los itinerarios y rutas críticas para acceder a la atención,

(4) coordinación institucional para el traslado oportuno; y finalmente

Con la tercera:

(1) rechazo institucional,

(2) deficiencias de infraestructura, personal y equipo, y

(3) entre la experiencia y la falta de ella del personal de salud

En la revisión de casos se observó la falta de atención con calidez y candidez, y la falta de acciones de empatía con los pacientes, por parte del personal de salud a cargo de la atención hospitalaria, la falta de atención del parto por personal calificado y la resolución oportuna de emergencias obstétricas, hipertensión pasada o actual, nacimiento por cesárea de emergencia y la exclusión social en la atención oportuna.

En la mayoría de los casos estudiados se pudo verificar que fallaron muchos de los procedimientos establecidos en protocolos de salud materna, así como en los programas preventivos de consejería en planificación familiar con los que cuenta el sistema nacional de salud.

## **X. RECOMENDACIONES**

La mortalidad materna es un fenómeno de salud pública en el que inciden diversos factores de tipo cultural, social, económico, geográfico y político. De esta manera, las estrategias y políticas públicas diseñadas para reducirla deben fundamentarse en un enfoque amplio –más allá de la concepción biologicista, para que incluya el análisis de los determinantes sociales de la salud.

Se recomienda al hospital de estudio, en primera instancia seguir las recomendaciones emitidas por el Servicio departamental de Salud de La Paz, para así poder mejorar la atención en los establecimientos de atención previos al hospital de la Mujer, y evitar que estas mujeres lleguen en tan mal estado.

Revisar el sistema de TRIAJE implementado en el hospital, que esté funcionando con personal capacitado, actualizado y sensibilizado. Además que este sistema funcione las 24 horas y los siete días de la semana, para que ninguna paciente sea desapercibida y reciba atención oportuna y de calidad.

Mejorar el sistema de referencia y contra referencia conjuntamente con las instancias correspondientes, tomando en cuenta que este hospital es de referencia departamental y que las referencias deben ser coordinadas, esperando a la paciente con el personal e insumos adecuados y oportunos.

Realizar juntas médicas con las diferentes especialidades para coordinar de forma unánime las decisiones y procedimientos a seguir en pacientes de alto riesgo obstétrico grave con el fin de brindar atención de calidad para prevenir muertes maternas en la institución hospitalaria.

Revisar los protocolos de atención y que estas sean actualizadas acorde a las normativas nacionales y la realidad institucional, y que además sean socializadas y utilizadas por todo el personal de salud.

Mantener una constante capacitación a todo el personal de salud en cuanto atención de emergencia obstétrica, activar el funcionamiento de los comités de mortalidad materna y la auditoría interna en el hospital.

Desarrollar desde el Ministerio de Salud, procesos de sensibilización y capacitación a las autoridades nacionales y al personal de salud en todos los niveles, sobre la importancia de integrar el análisis los determinantes sociales de las condiciones de salud, en lo relativo con la morbilidad y mortalidad materna. Realizar el llenado adecuado de las historias clínicas, según el mandato de las normas, a fin de que se pueda indagar sobre los determinantes sociales que le permita decidir sobre la atención que cada caso requiera.

En el control prenatal tiene dentro los principales objetivos identificar aquellos pacientes de mayor riesgo, con el fin de realizar intervenciones en forma oportuna que permitan prevenir dichos riesgos y así lograr un buen resultado perinatal. Esto se realiza a través de la historia médica y reproductiva de la mujer, el examen físico, la realización de algunos exámenes de laboratorio y exámenes de ultrasonido. Además es importante promover estilos de vida saludables, la suplementación de ácido fólico, una consejería nutricional y educación al respecto establecer acciones para que en relación con aquellas mujeres que falten en forma periódica a sus citas de atención prenatal, la trabajadora social o la enfermera lleven un registro y seguimiento detallado de las visitas de atención prenatal con el objetivo de localizar a la mujer embarazada para evitar el diagnóstico tardío de posibles complicaciones durante el embarazo. Para esto es importante la implementación de más personal de salud en los centros de primer nivel de atención.

Es necesario realizar estudios clínicos sobre período intergenésico que permitan conocer más consecuencias a corto y largo plazo en nuestra población y tomar medidas para mejorar el desenlace materno-fetal.

Diseñar protocolos para los servicios de atención prenatal y postnatal, que permitan indagar acerca de las determinantes sociales de la vida de las mujeres, que resulten en la reducción del subregistro de complicaciones del embarazo, así como también sensibilizar y capacitar al personal de salud en la humanización de la atención obstétrica.

Es importante revisar el sistema de Referencias y Contrareferencias de todos los casos que impliquen o no muerte materna, para desarrollar un plan de mejora y de ésta manera evitar la 3ra demora.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) recomiendan un centro de atención obstétrica integral y cuatro centros de atención obstétrica básica por cada 500.000 habitantes.

A fin de evitar el riesgo de MM, resulta esencial contar con un sistema de salud que garantice la provisión de los insumos, equipamientos e infraestructura, sistema de comunicación efectivo y eficaz, derivaciones y transporte. Las familias y comunidades deben poder reconocer las complicaciones y contar con la motivación para intervenir cuando una madre o un bebé están en peligro.

## XI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) A Alkema XSL, Chou D, Hogan D, Zhang S, Moller AB, Gemmill A, et al. Colaboradores del Grupo Interinstitucional de Estimación de la Mortalidad Materna de las Naciones Unidas y grupo de asesoramiento técnico. 2016; 387(10017):462-74.
- 2) Metas y estrategias para poner fin a la mortalidad materna prevenible; declaración. de. consenso. Organización Mundial de la Salud, 2014. Disponible:  
[www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal\\_perinatal/epmm](http://www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal_perinatal/epmm).
- 3) Gómez PI. Ruiz AI. Temas de Interés en Obstetricia y Ginecología. 1ª edición. Edit. Universidad Nacional de Colombia. 1988: 21 -30.
- 4) Parada A. Mortalidad materna en Bogotá. ¿En qué momento intervenir? Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2005.
- 5) Cabezas Cruz E. Vigilancia epidemiológica de las Muertes Maternas. Rev. Cubana Obstet Ginecol. 1993; 19 (2):83.
- 6) Lugones M, Quintana T. La prevención y reducción de la mortalidad materna dependen fundamentalmente de la atención primaria. Rev. Cubana Med Gen Integr [Internet]. 1997 Feb [citado 2020 Ene 01] ; 13( 1 ): 5-7. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21251997000100001&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251997000100001&lng=es)
- 7) Conde-Agudelo A, Belizan JM, Lammers C. Maternal-perinatal morbidity and mortality associated with adolescent pregnancy in Latin America: Cross-sectional study. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2004. 192:342–349.
- 8) Patton GC, Coffey C, Sawyer SM, Viner RM, Haller DM, Bose K, Vos T, Ferguson J, Mathers CD. Global patterns of mortality in young people: a systematic analysis of population health data. *Lancet*, 2009. 374:881–892.

- 9) Ministerio de salud y el Instituto Nacional de estadística (INE). Estudio del Sistema Nacional de Vigilancia de la Muerte Materna. Resumen ejecutivo 2016. La Paz Bolivia
- 10) Say L, Chou D, Gemmill A, Tunçalp Ö, Moller AB, Daniels JD, et al. Causas Mundiales de la Muerte Materna: Un Análisis Sistemático de la OMS. Lancet Global Health. 2014.
- 11) Organización mundial de la Salud, Ministerio de Salud, 2015. Strategies toward ending preventable maternal mortality (EPMM). Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/153540/1/WHO\\_RHR\\_15.03\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/153540/1/WHO_RHR_15.03_eng.pdf?ua=1).
- 12) CEPAL. Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe: Consenso de Montevideo sobre población y desarrollo, Montevideo 2013.
- 13) Galdos S. La conferencia de El Cairo y la afirmación de los derechos sexuales y reproductivos, como base para la salud sexual y reproductiva. rev.. Perú. med. exp. salud pública [Internet]. 2013 Jul [citado 2020 Ene. 12]; Disponible, en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-46342013000300014&lng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342013000300014&lng=es).
- 14) Ministerio de Gobierno, Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia, 7 febrero de 2009,
- 15) Ministerio de Planificación del Desarrollo, 2016, "Plan de Desarrollo Económico y Social," LEY N° 786 de 09 de marzo de 2016.
- 16) Ministerio de Salud y Deportes, "Plan sectorial de desarrollo integral para vivir bien 2016-2020", Ministerio de Salud y Deportes, Unidad de Planificación. 2017.
- 17) Cáliz. N. Estudio de los determinantes sociales de la salud aplicados al análisis de la muerte materna. Universidad de Madrid. 2013.
- 18) El Castre B, Villegas N, De León V, Díaz A; Ortega D; Santillana M; et, al Embarazo, parto y puerperio: creencias y prácticas de parteras en San

- Luis Potosi, México, REV. ESP ENFERM DIG, Vol. 4, Nom. 39, Págs. 375- 382, 2005. Disponible en: [www.scielo.br/pdf/reeusp/v39n4/01.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v39n4/01.pdf).
- 19) Briones C, Díaz P. MATER. Equipo de respuesta rápida en obstetricia crítica. Rev. Asoc Mex Med Crity Ter Int 2010;24(3):108-109.
- 20) Uzcátegui O, Centanni L, Armas R. Mortalidad materna: 1981 - 1994. Rev. Obstet Ginecol Venez. 1995;55:89-92.
- 21) Nuñez R. Detección de eslabones críticos en los procesos de atención EN: UNICEF, estado mundial de la infancia (2008) Impreso en Francia. P. 70.
- 22) Walker G, Ashley D, McCaw A, Bernard G. Maternal mortality in Jamaica. Lancet. 1986;1:486-488.
- 23) Torres Balanza, Antonio y Vargas Peña, Rafael. Protocolo de autopsias, necropsias entre otros. Revistas del Instituto de Investigaciones Forenses. 2014.
- 24) Vélez G, Gallego L, Jaramillo D. Modelo de análisis de la muerte materna: Camino para la supervivencia. Libros Nacer Bogotá, Colombia: 2004. p.36.
- 25) Herrera J. Evaluación periódica del riesgo biopsicosocial prenatal en la predicción de las complicaciones maternas y perinatales en Asia 2002-2003 Colombia Médica Issnol. 37 N° 2 (supl 1), 2006 (abril-junio).
- 26) Romero M, Ramos S, Ábalos E. Modelos de análisis de la morbimortalidad materna. Hoja Informativa OSSYR. Citado 03 ene 2020, disponible en: [http://www.ossyr.org.ar/pdf/hojas\\_informativas/hoja\\_3.pdf](http://www.ossyr.org.ar/pdf/hojas_informativas/hoja_3.pdf).
- 27) Ministerio de Salud y Deportes. Normas nacionales de Atención Clínica. Documentos Técnicos Normativos. 2012. La Paz – Bolivia.
- 28) Thaddeus S, Maine D. Too far to walk: Maternal mortality in context. Soc Sci Med. 1994;38:1091- 1110.
- 29) Larousse. Enciclopedia Larousse y Geográfica 2009. Mapas del mundo. Editorial Larousse-Madrid - España.

- 30)Servicio Departamental de Gestión Social (SEDEGES La Paz).  
Antecedentes del Hospital de la Mujer. disponible en:  
«<https://www.sedeslapaz.gob.bo/content/historia>», consultado 12-02-2020.
- 31)WHO. World Health Report 2005: make every mother and child count.  
Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2005.
- 32)Servicio Departamental de Gestión Social (SEDEGES La Paz). Hospital  
de la mujer. Historias Clínicas. Gestión 2017.
- 33)Camacho Y, Villanueva M, Marrugo A, Yazo C. Mortalidad Materna: Un  
Reto que Persiste para La Salud Pública en Colombia. Revista Ces.  
Salud Pública Vol.1 No.1 Jul-Dic 2010.



## Anexo 2. Solicitud de acceso al Hospital de la Mujer



UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS  
FACULTAD DE MEDICINA  
INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD Y DESARROLLO - IINSAD  
LA PAZ - BOLIVIA

La Paz, 1 de octubre de 2019

Señor  
Dr. Yuri Pérez Rúa  
DIRECTOR DEL HOSPITAL DE LA MUJER  
Presente.-

Unidad de Epidemiología Clínica

Ref.- Solicitud de acceso a Historias Clínicas

De mi mayor consideración:

Unidad de Epidemiología Social

El IINSAD y la Unidad de Posgrado de la Facultad de Medicina de la Universidad Mayor de San Andrés - UMSA tiene como línea de investigación estudios epidemiológicos vinculados a MORTALIDAD, de esta manera contribuir a las políticas públicas en salud. Es necesario mencionar que el estudio de Mortalidad Materna es ejecutado por el Ministerio de Salud a través del Sistema Nacional de Información en Salud -SNIS- a nivel nacional, y nuestra unidad es el brazo operativo

Unidad de CRECIMIENTO y DESARROLLO INFANTE JUVENIL

La Unidad de Análisis son los certificados de defunción, que debe ser corroborado por el expediente clínico, con particular atención en la mortalidad materna directa e indirecta. Para este propósito solicito respetuosamente a su autoridad, el acceso a esta documentación a través de quien corresponda en la administración de estos archivos, datos que corresponden a la gestión 2017.

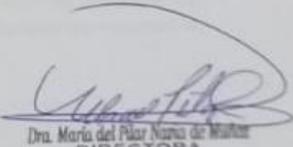
Unidad de Parasitología Medicina Tropical y Medio Ambiente

La recolección de los datos está a cargo de un equipo de profesionales médicos que terminaron la Maestría en Salud Pública: Mención Epidemiología de la Unidad de Posgrado de la Facultad de Medicina UMSA.

Dejamos constancia nuestro compromiso ETICO y rigor metodológico de los datos y con la seguridad de compartir con su autoridad los resultados.

Reciba nuestras consideraciones personales.

  
Dr. Andrés Enrique Cabelero  
BENEFICIARIO Y UNIDAD  
EPIDEMIOLOGIA SOCIAL  
IINSAD - FOC. MERT. UMSA

  
Dra. María del Pilar Numa de Walford  
DIRECTORA  
Instituto de Investigación en  
Salud y Desarrollo - IINSAD  
Facultad de Medicina - UMSA

Calle Claudio Sanjinés s/n, Complejo Hospitalario de Miraflores, frente al Instituto Nacional del Tórax  
Tel/fax: • 2246550 - 2612325 • Página Web: iinsad.foment.umsa.bo

Anexo 3. Solicitud de revisión de Historias Clínicas a Estadística del Hospital de la Mujer



GOBIERNO AUTÓNOMO DEPARTAMENTAL DE LA PAZ  
SERVICIO DEPARTAMENTAL DE SALUD

La Paz, 07 de octubre 2019  
CITE: N°300/2019/JEF. ENS. E INV./HDLM

Señor:  
Lic. Willams R. Contreras Mendoza  
RESPONSABLE DE LA UNIDAD DE ESTADISTICA  
HOSPITAL DE LA MUJER  
Presente

De mi mayor consideración:

A través de la presente hago llegar un cordial saludo, el INSAD y la Unidad de Postgrado de la Facultad de Medicina de la UMSA, envió nota de solicitud para la revisión de historias clínicas, la misma es aceptada para obtener datos estadísticos epidemiológicos a mortalidad y realizar un trabajo de investigación el cual se autoriza y pueda coordinar con su persona.

Sin otro particular, me despido de usted con las consideraciones distinguidas.  
Atentamente,

  
Dr. Igor Pardo Zapata  
RESPONSABLE DE LA UNIDAD DE INVESTIGACIÓN  
HOSPITAL DE LA MUJER

C.c. Archivo  
IPZ/Sm\*

## Anexo 4. Solicitud de Informes de Mortalidad Materna al SEDES

La Paz, 13 de enero de 2020

Señor

Dr. Ariel Wemar Arancibia Alba

DIRECTOR TECNICO SEDES – LA PAZ

PRESENTE.



### Ref. Solicitud de Informes de Mortalidad Materna de la gestión 2017.

Distinguido Dr.

Mediante la presente me permito saludar a su autoridad, deseando siempre éxitos en la labor que desempeña a favor de los profesionales y trabajadores en salud de nuestro departamento.

Mi persona se encuentra en proceso de la realización de Tesis de Grado en la Universidad Mayor de San Andrés en la unidad de Pos Grado de la Facultad de Medicina – Salud Pública Epidemiología. Mi tesis es relacionada a la Mortalidad Materna en el Hospital de la Mujer de la gestión 2017. Habiendo hecho la revisión de las Historias Clínicas con previa autorización del mencionado hospital, se evidencio que se carece la información de los siguientes documentos:

1. Fichas Epidemiológicas
2. Informe Técnico
3. Comité de Mortalidad Materna

Dicha información es de vital importancia para poder continuar con mi investigación.

Solicito que se me pueda facilitar los siguientes documentos, datos que serán utilizados plenamente con fines de estudio académico.

Sin otro particular me despido de su autoridad, agradeciendo de su apoyo a los profesionales en salud.

Atentamente:

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Gabriela García'.

Lic. Gabriela García

Ci 6728775 LP.

Anexo 5. Instrumento Formulario Único para el estudio de Casos de Mortalidad Materna



**ESTUDIO DE MORTALIDAD MATERNA  
(10-59 años) 2017  
FORMULARIO ÚNICO**



**SECCIÓN 7 CONTROL PRENATAL**

1. Control Prenatal

1 Realizó Control	<input type="checkbox"/>	2. N° de controles	<input type="checkbox"/>	3. edad gestacional en semanas al primer control	<input type="checkbox"/>
2 No realizó control	<input type="checkbox"/>	No disponible 99	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
99 No disponible	<input type="checkbox"/>	Pasará prog. 1 sección 8		No disponible 99	<input type="checkbox"/>

**SECCIÓN 8 PARTO O ABORTO**

1. Forma de terminación del embarazo

1 Parto	<input type="checkbox"/>	▶ 3	<input type="checkbox"/>
2 Cesárea	<input type="checkbox"/>	▶ 3	<input type="checkbox"/>
3 Aborto	<input type="checkbox"/>	▶ 2	<input type="checkbox"/>
4 Otro (especifique)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	▶ 5
5 No disponible	<input type="checkbox"/>		▶ 5

2. Tipo de Aborto

1 Espontáneo	<input type="checkbox"/>	▶	1 Medicamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
2 Inducido	<input type="checkbox"/>	▶	2 LU/AM/OU	<input type="checkbox"/>	
			3 Otro (especifique)	<input type="checkbox"/>	
			4 NO	<input type="checkbox"/>	

3. Tipo de parto / cesárea

1 Espontáneo	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
2 Inducido	<input type="checkbox"/>	
3 Cesárea	<input type="checkbox"/>	
4 Cesárea postpartum	<input type="checkbox"/>	
5 Otro (especifique)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
6 No disponible	<input type="checkbox"/>	

4. Personal que atendió al parto, cesárea o aborto

<input type="checkbox"/> a Ginecólogo - obstetra	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> b Médica general	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> c Médica Residente	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> d Interno	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> e Lic. Enfermería	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> f Lic. Enfermera Obstetrica	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> g Aux. Enfermería	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> h Partera tradicional	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> i Familiar - amigo	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> j Otro /a (Especifique)	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> k Nadie	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> l No disponible	<input type="checkbox"/>

5. Complicaciones detectadas en el control prenatal, parto y postparto

<input type="checkbox"/> a Hipertensión Arterial previa	<input type="checkbox"/> i Infección urinaria
<input type="checkbox"/> b Hipertensión gestacional	<input type="checkbox"/> j Amenaza parto pret.
<input type="checkbox"/> c Preeclampsia	<input type="checkbox"/> k Rot. Prem. Membranas
<input type="checkbox"/> d Eclampsia	<input type="checkbox"/> l Anemia
<input type="checkbox"/> e Cardiopatía	<input type="checkbox"/> m Hemorragia
<input type="checkbox"/> f Nefropatía	<input type="checkbox"/> n Hemorragia postparto
<input type="checkbox"/> g Diabetes	<input type="checkbox"/> o Sepsis
<input type="checkbox"/> h Infección óvular	<input type="checkbox"/> p Otra (especifique) _____
	<input type="checkbox"/> q Ninguna

**SECCIÓN 9 ATENCIÓN HOSPITALARIA**

1. Diagnóstico(s) de ingreso al servicio donde falleció (puede marcar más de una opción)

- a Amenaza de aborto / aborto en curso
- b Aborto incompleto
- c Embarazo ectópico
- d Amenaza de parto prematuro
- e Trabajo de parto prematuro
- f Trabajo de parto a término
- g Parto obstruido
- h Parto domiciliario / en otro servicio
- i Desproporción cefalo-pélvica
- j Embarazo múltiple
- k Rotura prematura de membranas
- l Infección

- m Sepsis
- n Choque séptico
- o Preeclampsia
- p Eclampsia
- q Placenta Previa
- r Abruption placentaria
- s Síndrome HELLP
- t Accidente vascular - cerebral
- u Rotura hepática
- v Hemorragia genital
- w Hemorragia postparto
- x Choque hipovolémico

- y Rotura Uterina
- z Restos Ovitarios
- aa Retención placentaria
- ab Acretismo Placentaria
- ac Choque Séptico
- ad Endometritis
- ae Carioameioblasto
- af Otro (especifique) \_\_\_\_\_
- ag No disponible

2. Complicación quirúrgica

- 1 Si, ¿cuál?
- 2 No
- 4 No corresponde
- 5 No disponible


3. Transfusión de sangre

- 1 Si (N° de paquetes)
- 2 Si (Hemocomponentes)
- 3 No, pero era necesaria
- 4 No era necesaria
- 5 No disponible


3.2. Tipo de hemocomponentes

- 1 Paquete globular
- 2 Plasma fresco congelado
- 3 Concentrado plaquetas
- 4 Crioprecipitado
- 5 Fibrinógeno


4. Dificultades para obtener sangre u otros derivados

- 1 Ninguna
- 2 Falta de sangre en unidad transfusional
- 3 Falta de donador
- 4 Falta de equipo de transfusión
- 5 Otra
- 6 No disponible


5. Condición del RN(R) al nacer

- 1 Nació vivo
- 2 Nació muerto
- 3 No nació
- 4 No disponible
- 5 Otro (especifique)


**SEGUNDA PARTE: CONDICIONES Y DEMORAS EN LA ATENCIÓN**

**Entrevista a familiar o allegado**

**SECCIÓN 10 DATOS DEL INFORMANTE**

Informante: Es toda persona que vivió o estuvo cerca de la fallecida antes de la muerte, como ser su pareja, madre, padre, hermano (a), vecino (a), amigo(a), muestra, etc.

Si el INFORMANTE no se encuentra en el momento de realizar la entrevista, debe volver al hogar hasta contactarse con esta persona. Si los miembros del hogar se trasladaron a otro lugar, indagar y anotar la nueva dirección en la página final de este formulario (croquis y referencias).

Preséntense adecuadamente con el familiar y explique las razones por las que se hace el estudio. Cerciórese si está dispuesto a participar en la investigación, aclarando que el compromiso de confidencialidad incluye divulgar la información individual y que los datos se usarán de manera general para fundamentar cambios favorables en los establecimientos de salud. Asegúrese que firme el consentimiento informado.

1. Nombre del informante:  2. Apellido del informante:

3. Relación de parentesco  4. Sexo  5. Edad

1 Esposa o conviviente o concubina 1 Hombre  
2 Hijo o hija 2 Mujer

3 Hermana/o o cuñada/o 6. ¿Cuál era la fecha de nacimiento de (...)?  
4 Padre, madre, suegro/a      
5 Otro parente (Especificar)  Día Mes Año  
6 Otro no parente (Especificar)   7 Edad de la fallecida  años cumplido

**SECCIÓN 11 CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA FALLECIDA**

1. ¿Cuándo falleció (nombre de la fallecida...)?  
      
Día Mes Año

2. ¿Cuál era el estado civil o conyugal de (...)?

1 Soltera  1. ¿Con quién vivía (...)?   
2 Casada  1 Solo   
3 Conviviente, concubina  2 Con pareja sentimental   
4 Separada  3 Con familiar (especificar)   
5 Divorciada  4 Otro (especificar)   
6 Viuda  9 NS/ NR   
9 NS/ NR

3. ¿Cuál fue el nivel y curso más alto de instrucción que aprobó (...)?

1 Ninguno  
 2 Primaria  
 3 Secundaria  
 4 Normal (Esc. Sup. De formación de maestros)  
 5 Universidad  
 6 Técnico de Instituto técnico/ tecnológico (duración mayor o igual a dos años)  
 9 NS/ NR

4. ¿Cuál era el idioma en el que hablaban en el hogar de la fallecida?

1 Arapaña	10 Clémán	19 Maropa	28 Sironó	37 Dineo
2 Ajnana	11 Esorja	20 Mojeño Ignaciano	29 Tacana	38 Idioma Extranjero
3 Bauré	12 Guaraní	21 Mojeño Trinitario	30 Tapieta	39 Otro idioma nacional
4 Ichiro	13 Guaraní	22 Maré	31 Toromona	99 NS/ NR
5 Canchana	14 Guaraní	23 Moxico	32 Urashinwa	
6 Castellano	15 Bonema	24 Moxina	33 Weenhayek	
7 Cuzcoño	16 Loro	25 Parawana	34 Kaminawa	
8 Cayubabi	17 Machiguaya-Kallawaya	26 Piquina	35 Yuki	
9 Chácobo	18 Machineri	27 Qaechua	36 Yuracaré	



**SECCIÓN 12 INFORMACIÓN SOBRE EL EMBARAZO Y EL PARTO**

1. ¿Está registrada en el Bono Juana Acunay?

1 Si

2 No

9 NS/NR

1. ¿Fue beneficiada con el Bono Juana Acunay?

1 Si

2 No

9 NS/NR

2. ¿Se detectaron problemas del embarazo en los controles prenatales?

1 Si

2 No

9 NS/NR

5.

3. ¿Hubo parto?

1 Si

2 No

9 NS/NR

Para preg. 1 sección 15

4. ¿Qué problemas se detectaron durante el embarazo?

- a. Dolores de cabeza intenso, turbido de oídos, vértigo, visión borrosa
- b. Ataques o convulsiones (eclampsia)
- c. Salida de líquido por genitales
- d. Flujo genital maloliente y abundante
- e. Fiebre o calentura
- f. Hemorragia genital
- g. Dolor abdominal intenso
- h. Náuseas y vómitos
- i. Otros signos o síntomas (especifique)

6. ¿Salio la placenta?

1 Si

2 No

9 NS/NR

7. ¿Dónde tuvo lugar el parto o parto obstinado?

- 1 En un establecimiento de salud
- 2 En su domicilio
- 3 Domicilio de un familiar
- 4 Domicilio de un no familiar
- 5 Domicilio de la parturienta
- 6 En el trayecto al establecimiento de salud
- 9 NS/NR

8. FECHA DE PARTO

Dia      Mes      Año

9 NS/NR

10. SOLICITE A LA PERSONA QUE RELATE CÓMO SUCEDIERON LOS HECHOS (relate sobre la compañía que tuvo antes del parto, si alguien ayudó en el parto, cuáles fueron los procedimientos realizados)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

11. ¿Cómo se contactaron con la persona que atendió el parto?

- 1 Fueron al centro
- 2 Llamaron por teléfono
- 3 No se contactaron
- 4 Otro
- 9 NS/NR

SECCIÓN 13 INFORMACIÓN SOBRE EL POSTPARTO, POSTABORTO Y RECÉN NACIDO

1. ¿Realizó uno o más controles postparto o postaborto en el establecimiento de salud?

1 Si

2 No

9 NS/NR

2. ¿Los controles fueron en la primera semana después del parto?

1 Si

2 No

9 NS/NR

3. ¿Cuál fue la condición del recién nacido/a?

1 Nació vivo

2 Nació muerto

3 No nació

4 Otro (especifique)

9 NS/NR

SECCIÓN 14 CAUSAS DEL FALLECIMIENTO DE LA MUJER

1. ¿Padecía alguna(s) enfermedad(es)?

1 Si

2 No

9 NS/NR

2. ¿Qué enfermedades padecía?

<input type="checkbox"/> a	Malaria	<input type="checkbox"/> i	Anemia
<input type="checkbox"/> b	Tuberculosis	<input type="checkbox"/> j	Desnutrición
<input type="checkbox"/> c	Hepatitis	<input type="checkbox"/> k	Dengue
<input type="checkbox"/> d	Chagas	<input type="checkbox"/> l	Chungungu
<input type="checkbox"/> e	Mal de corazón	<input type="checkbox"/> m	Zika
<input type="checkbox"/> f	Epilepsia	<input type="checkbox"/> n	Cáncer
<input type="checkbox"/> g	Diabetes	<input type="checkbox"/> o	Ninguna
<input type="checkbox"/> h	Tumores en el útero	<input type="checkbox"/> p	No sabe / No responde
<input type="checkbox"/> q	Otra		

3. ¿Desde cuándo padecía estas enfermedades?

1 Antes del embarazo

2 Durante el embarazo

3 Después del embarazo

4 No corresponde

9 NS/NR

4. (...) antes de fallecer, ¿se sentía deprimida o perturbada?

1 Si

2 No

9 NS/NR

5. (...) murió por causas violentas?

1 Si

2 No

9 NS/NR

6. Marque la causa VIOLENTA que corresponda

1 Accidente

2 Femicidio

3 Suicidio

4 Asesinato

5 Aborto provocado por terceros

6 Otro

9 NS/NR

7. (...) presentaba alguno de los siguientes signos / síntomas?

A.

a ¿Dolor de cabeza intenso?

b ¿Inflación, edema de manos y cara?

c ¿Ataques o convulsiones (eclampsia)?

d ¿Sangrado genital o vaginal?

e ¿Fiebre o calentura?

f ¿Eliminación de líquido por genitales?

g ¿Flujo genital maloliente y abundante?

h ¿Dolor abdominal intenso?

i ¿Náuseas y vómitos?

j Ninguno

k Otro signo / síntoma (especifique)

9 NS/NR

B.

1 ¿Durante el embarazo?

2 ¿Durante el parto?

3 ¿Después del parto?

4 No estaba embarazada

9 NS/NR

C.

1 ¿Con zumbido de oídos?

2 ¿Vela estrechitas?

3 ¿Ambos?

4 Ninguno

9 NS/NR



2. PRIMERA DEMORA (puede marcar más de una opción)

Relacionada con la mujer, familia y la decisión de buscar ayuda

- |                          |  |                          |   |
|--------------------------|--|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | a. No hubo demora  | <input type="checkbox"/> | f. Los recursos económicos disponibles eran insuficientes para conseguir atención |
| <input type="checkbox"/> | b. (...) soportó mucho tiempo su malestar                              | <input type="checkbox"/> | g. (...) y sus allegados desconfaban de la calidad del servicio                   |
| <input type="checkbox"/> | c. (...) esperó que su pareja tomara alguna decisión                   | <input type="checkbox"/> | h. No había modo de pedir ayuda   |
| <input type="checkbox"/> | d. Personas allegadas recomendaron la aplicación de tratamiento casero | <input type="checkbox"/> | i. Ya estaba muerta cuando se dieron cuenta                                       |
| <input type="checkbox"/> | e. (...) tenía muchas responsabilidades difíciles de dejar de atender  |                          |   |

3. SEGUNDA DEMORA (puede marcar más de una opción)

Relacionada con el acceso de la mujer a los establecimientos de salud

- |                          |  |                          |  |
|--------------------------|--|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | a. No hubo demora                                  | <input type="checkbox"/> | e. La distancia al establecimiento de salud era muy grande |
| <input type="checkbox"/> | b. La organización de la familia tomó mucho tiempo | <input type="checkbox"/> | f. El camino estaba en mal estado y/o era poco seguro      |
| <input type="checkbox"/> | c. No se consiguió transportarla de ningún modo    | <input type="checkbox"/> | g. La ambulancia no llegó, llegó a destiempo               |
| <input type="checkbox"/> | d. El transporte se consiguió mucho después        |                          |  |

4. TERCERA DEMORA (puede marcar más de una opción)

Relacionada con la atención en el establecimiento de salud donde falleció en términos de capacidad resolutiva, competencia técnica o calidad

- |                          |  |                          |  |
|--------------------------|--|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | a. No hubo demora  | <input type="checkbox"/> | h. Se le aplicó un tratamiento inadecuado                                      |
| <input type="checkbox"/> | b. Llegó en muy mal estado y poco pudo hacerse                           | <input type="checkbox"/> | i. Tuvinon dificultades en conseguir medicamentos insumos y suministros        |
| <input type="checkbox"/> | c. No hubo tiempo para actuar (llegó muerta)                             | <input type="checkbox"/> | j. La competencia del personal disponible era insuficiente para tratar el caso |
| <input type="checkbox"/> | d. Se tardó en atenderla en el establecimiento de salud                  | <input type="checkbox"/> | k. La capacidad resolutiva del establecimiento de salud no era suficiente      |
| <input type="checkbox"/> | e. El personal que la atendió hizo un diagnóstico equivorado             |                          |  |
| <input type="checkbox"/> | f. El personal decidió esperar al médico o especialista por mucho tiempo |                          |  |

SECCIÓN 16 DOCUMENTOS MÉDICOS

1. ¿Tiene usted algún documento como el carnet perinatal, informes ecográficos, reportes de laboratorio, recetas, recibos, certificado de defunción u otros?

1. Si
2. No
3. N/A/NR


Sección 17

2. Anote el tipo de documentos

- |                          |                             |                          |
|--------------------------|-----------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | a. Carnet perinatal         | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | b. Inf. Ecográfico          |                          |
| <input type="checkbox"/> | c. Laboratorio              |                          |
| <input type="checkbox"/> | d. Recetas                  |                          |
| <input type="checkbox"/> | e. Recibos                  |                          |
| <input type="checkbox"/> | f. Certificado de defunción |                          |
| <input type="checkbox"/> | g. Otro                     | <input type="text"/>     |

3. ¿Confirman la presencia de embarazo?

1. Si
2. No
3. Insuficiente

**SECCIÓN 17 CAUSAS DE DEFUNCIÓN Y CONCLUSIONES (investigador - supervisor)**

1. Causas de defunción (Copiar datos del certificado de defunción)

Causas de defunción	Escribir una sola causa de defunción por fila, sin siglas ni abreviaturas	Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y el siguiente estado hasta la muerte	CÓDIGO OE-10
i) Causa de defunción (Enfermedad o estado patológico que produjo la muerte directamente. Causas antecedentes, estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica.	a _____ Debido a (o como consecuencia de)	_____	_____
	b _____ Debido a (o como consecuencia de)	_____	_____
	c _____ Debido a (o como consecuencia de)	_____	_____
	d _____ Debido a (o como consecuencia de)	_____	_____
ii) Causas Contribuyentes: Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte pero no relacionados con la causa directa	e _____	_____	_____
	f _____	_____	_____

2. ¿Las causas son coincidentes con las registradas en la pregunta 1 de la sección 5?

1. Sí

2. No, ¿por qué?

**SECCIÓN 18 FINAL DEL FORMULARIO**

**INCIDENCIAS DE CAMPO**

**Códigos de Resultado**

- 1. Formulario completo
- 2. Formulario incompleto
- 3. Temporalmente ausentes
- 4. Falta de contacto
- 5. Otro (¿cual?)


RESULTADO  
FECHA

**RESULTADOS DE LAS VISITAS**

	Primera	Segunda	Tercera
RESULTADO			
FECHA	Día / mes / Año	Día / mes / Año	Día / mes / Año

Idioma en el que fue realizada la entrevista

- 1. Castellano
- 2. Alemán
- 3. Quechua
- 4. Guaraní
- 5. Otro (especificar)


**PERSONAL DEL ESTUDIO**

Cargo	Nombre y Apellido	Firma
Entrevistador / Investigador		
Supervisor		
Experto		

**SECCION 19 OBSERVACIONES**

INVESTIGADOR

--	--

SUPERVISOR

--	--

**SECCION 20 CAUSAS DE DEFUNCION Y CONCLUSIONES (ANALISTA EXPERTO)**

**1. Causas de defunción**

Causas de defunción	Escribir una sola causa de defunción por fila, sin siglas ni abreviaturas	Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y el siguiente estado hasta la muerte	CÓDIGO CIE-10
<b>I Causa de defunción</b> Enfermedad o estado patológico que produjo la muerte directamente. Causas antecedentes, estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica.	a. _____ Debido a (o como consecuencia de) _____	_____	_____
	b. _____ Debido a (o como consecuencia de) _____	_____	_____
	c. _____ Debido a (o como consecuencia de) _____	_____	_____
	d. _____ Debido a (o como consecuencia de) _____	_____	_____
<b>II Causas Contribuyentes</b> Otras entidades patológicas significativas que contribuyeron a la muerte pero no relacionados con la causa directa	e. _____	_____	_____
	f. _____	_____	_____

Causa básica de defunción Caus. CIE-10

**2. CONCLUSION FINAL**

