

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



**MORTALIDAD EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL,
EN LOS CEMENTERIOS DE LAS CIUDADES DE
LA PAZ Y EL ALTO PRIMER SEMESTRE, DE 2017**

POSTULANTE: Dra. Lucila Achá Lliulli

TUTOR: Dr. José Luis Ríos Cambeces

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

La Paz - Bolivia

2018

Dedicatoria

A mis padres, por la semilla de superación que han sembrado en mí, y a mi hijo Nicolás por su cariño y comprensión.

Agradecimiento

A Dios por acompañarme siempre, por haberme guiado a lo largo de este camino hacia el logro de mi meta.

A mi familia, por su comprensión y estímulo constante, además de su apoyo incondicional a lo largo de mis estudios.

A mi profesor: Dr. Carlos Tamayo Caballero quien nos brindó su valiosa y desinteresada orientación.

A mi asesor: Dr. José Luis Ríos Cambeses, por guiarme en la elaboración del presente trabajo de investigación.

Y a todas las personas que en una u otra forma me apoyaron en la realización de este trabajo.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

1. INTRODUCCIÓN.....	1
2. ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN.....	3
2.1 ANTECEDENTES.....	3
2.2 JUSTIFICACIÓN.....	4
3. MARCO TEORICO.....	4
4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	24
5. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	29
6. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.....	29
7. OBJETIVOS.....	35
7.1 OBJETIVO GENERAL.....	35
7.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	35
8. DISEÑO Y TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	36
8.1 CONTEXTO DEL ESTUDIO.....	36
8.2. MEDICIONES.....	39
8.2.1 UNIDAD DE OBSERVACIÓN.....	39
8.2.2 MARCO MUESTRAL.....	40
8.2.3 RECOLECCION DE LOS DATOS.....	40
OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	41
8.2.4 PLAN DE ANÁLISIS.....	42

8.2.5 ASPECTOS ÉTICOS.....	43
9. RESULTADOS.....	44
10. DISCUSIÓN.....	71
11. AUDIENCIAS INTERESADAS EN LOS RESULTADOS.....	76
12. CONCLUSIONES.....	77
13. RECOMENDACIONES.....	82
14. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	84
15. ANEXOS.....	89

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1. MORTALIDAD EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL SEGÚN, REGISTRÓ EN EL ÁREA GEOGRÁFICA DE FALLECIMIENTO.....	44
FIGURA 2. DISTRIBUCIÓN DE MORTALIDAD EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL POR LUGAR DE OCURRENCIA CIUDADES DE LA PAZ Y EL ALTO.....	45
FIGURA 3. DISTRIBUCIÓN DE MORTALIDAD POR TIPO DE CERTIFICADO EMITIDO MUJERES EN EDAD FÉRTIL.....	46
FIGURA 4. DISTRIBUCIÓN DE LA MORTALIDAD POR LOS SEIS GRANDES GRUPOS DE CAUSAS DE LA LISTA OPS 6/67 CIUDADES DE LA PAZ Y EL ALTO, PRIMER SEMESTRE 2017.....	47
FIGURA 5. DISTRIBUCIÓN DE DEFUNCIONES DE ACUERDO AL CIE – 10 MORTALIDAD EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL, LA PAZ Y EL ALTO, PRIMER SEMESTRE 2017.....	48
FIGURA 6. TASA DE MORTALIDAD DEL ESTUDIO POR GRUPOS DE EDAD POR CADA 10.000 MUJERES EN EDAD FÉRTIL CIUDAD DE LA PAZ, PRIMER SEMESTRE 2017.....	49
FIGURA 7. AÑOS POTENCIALES DE VIDA PERDIDOS POR GRUPOS DE EDAD CIUDAD DE LA PAZ PRIMER SEMESTRE 2017.....	50
FIGURA 8. DISTRIBUCIÓN DE LAS CAUSAS DE MORTALIDAD EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL, CIUDAD DE LA PAZ PRIMER SEMESTRE 2017.....	51
FIGURA 9. DISTRIBUCIÓN DE CASOS DE MORTALIDAD POR NEOPLASIAS EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL CIUDAD DE LA PAZ	

PRIMER SEMESTRE 2017.....	52
FIGURA 10. DISTRIBUCIÓN DE MORTALIDAD POR ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO, CIUDAD DE LA PAZ PRIMER SEMESTRE 2017.....	53
FIGURA 11. DISTRIBUCIÓN DE MORTALIDAD POR ENFERMEDADES DEL APARATO DIGESTIVO EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL CIUDAD DE LA PAZ PRIMER SEMESTRE 2017.....	54
FIGURA 12. TASA DE MORTALIDAD EN EL ESTUDIO POR GRUPOS DE EDAD EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL DE LA CIUDAD DE EL ALTO, PRIMER SEMESTRE 2017.....	55
FIGURA 13. INDICÉ DE AÑOS POTENCIALES DE VIDA PERDIDOS POR GRUPOS DE EDAD CIUDAD DE EL ALTO PRIMER SEMESTRE 2017.....	56
FIGURA 14. DISTRIBUCIÓN DE LAS CAUSAS DE MORTALIDAD EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL EL ALTO PRIMER SEMESTRE 2017.....	57
FIGURA 15. DISTRIBUCIÓN DE CASOS DE MORTALIDAD POR NEOPLASIAS EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL CIUDAD DE EL ALTO PRIMER SEMESTRE 2017.....	58
FIGURA 16. DISTRIBUCIÓN DE MORTALIDAD POR ENFERMEDADES DEL APARATO DIGESTIVO EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL CIUDAD DE EL ALTO PRIMER SEMESTRE 2017.....	59
FIGURA 17. DISTRIBUCIÓN DE MORTALIDAD POR ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO DE MUJERES EN EDAD FÉRTIL CIUDAD DE EL ALTO PRIMER SEMESTRE 2017.....	60
FIGURA 18. DISTRIBUCIÓN DE MORTALIDAD DE MUJERES EN	

EDAD FÉRTIL SEGÚN ESTADO CIVIL CIUDADES DE LA PAZ Y EL ALTO, PRIMER SEMESTRE 2017.....	61
FIGURA 19. DISTRIBUCIÓN DE MORTALIDAD EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN CIUDADES DE EL ALTO Y LA PAZ PRIMER SEMESTRE 2017.....	62
FIGURA 20. DISTRIBUCIÓN DE MORTALIDAD EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL SEGÚN OCUPACIÓN CIUDADES DE EL ALTO Y LA PAZ PRIMER SEMESTRE 2017.....	63
FIGURA 21. MORTALIDAD MATERNA EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL, CIUDADES DE LA PAZ Y EL ALTO, PRIMER SEMESTRE 2017.....	64
FIGURA 22. MORTALIDAD MATERNA SEGÚN GRUPOS DE EDAD EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL, CIUDAD DE LA PAZ Y EL ALTO, PRIMER SEMESTRE 2017.....	65
FIGURA 23. MORTALIDAD MATERNA, CALCULO DE LOS APVP POR GRUPOS DE EDAD, CIUDADES DE LA PAZ Y EL ALTO, PRIMER SEMESTRE 2017.....	66
FIGURA 24. MORTALIDAD MATERNA SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN PRIMER SEMESTRE 2017 CIUDADES DE LA PAZ Y EL ALTO.....	66
FIGURA 25. MORTALIDAD MATERNA SEGÚN LUGAR DE DEFUNCIÓN PRIMER SEMESTRE 2017.....	67
FIGURA 26. MORTALIDAD MATERNA SEGÚN MOMENTO DE FALLECIMIENTO CIUDADES DE LA PAZ Y EL ALTO PRIMER SEMESTRE 2017.....	67

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1. MORTALIDAD EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL SEGÚN, REGISTRÓ EN EL ÁREA GEOGRÁFICA DE FALLECIMIENTO.....	89
TABLA 2. DISTRIBUCIÓN DE MORTALIDAD EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL POR LUGAR DE OCURRENCIA CIUDADES DE LA PAZ Y EL ALTO.....	89
TABLA 3. DISTRIBUCIÓN DE MORTALIDAD POR TIPO DE CERTIFICADO EMITIDO MUJERES EN EDAD FÉRTIL.....	89
TABLA 4. DISTRIBUCIÓN DE LA MORTALIDAD POR LOS SEIS GRANDES GRUPOS DE CAUSAS DE LA LISTA OPS 6/67 CIUDADES DE LA PAZ Y EL ALTO, PRIMER SEMESTRE 2017.....	90
TABLA 5. DISTRIBUCIÓN DE DEFUNCIONES DE ACUERDO AL CIE – 10 POBLACIÓN MUJERES EN EDAD FÉRTIL CIUDAD DE LA PAZ Y EL ALTO, PRIMER SEMESTRE 2017.....	91
TABLA 6. TASA DE MORTALIDAD DEL ESTUDIO POR GRUPOS DE EDAD POR CADA 10.000 MUJERES EN EDAD FÉRTIL CIUDAD DE LA PAZ, PRIMER SEMESTRE 2017.....	92
TABLA 7. AÑOS POTENCIALES DE VIDA PERDIDOS POR GRUPOS DE EDAD CIUDAD DE LA PAZ PRIMER SEMESTRE 2017.....	92
TABLA 8. DISTRIBUCIÓN DE LAS CAUSAS DE MORTALIDAD EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL, CIUDAD DE LA PAZ PRIMER SEMESTRE 2017.....	93
TABLA 9. DISTRIBUCIÓN DE CASOS DE MORTALIDAD POR NEOPLASIAS EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL CIUDAD DE LA PAZ PRIMER SEMESTRE 2017.....	95

TABLA 10. DISTRIBUCIÓN DE MORTALIDAD POR ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO, CIUDAD DE LA PAZ PRIMER SEMESTRE 2017.....	95
TABLA 11. DISTRIBUCIÓN DE MORTALIDAD POR ENFERMEDADES DEL APARATO DIGESTIVO EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL CIUDAD DE LA PAZ PRIMER SEMESTRE 2017.....	96
TABLA 12. TASA DE MORTALIDAD EN EL ESTUDIO POR GRUPOS DE EDAD EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL DE LA CIUDAD DE EL ALTO, PRIMER SEMESTRE 2017.....	96
TABLA 13. INDICÉ DE AÑOS POTENCIALES DE VIDA PERDIDOS POR GRUPOS DE EDAD CIUDAD DE EL ALTO PRIMER SEMESTRE 2017.....	97
TABLA 14. DISTRIBUCIÓN DE LAS CAUSAS DE MORTALIDAD EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL EL ALTO PRIMER SEMESTRE 2017....	97
TABLA 15. DISTRIBUCIÓN DE CASOS DE MORTALIDAD POR NEOPLASIAS EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL CIUDAD DE EL ALTO PRIMER SEMESTRE 2017.....	98
TABLA 16. DISTRIBUCIÓN DE MORTALIDAD POR ENFERMEDADES DEL APARATO DIGESTIVO EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL CIUDAD DE EL ALTO PRIMER SEMESTRE 2017..	98
TABLA 17. DISTRIBUCIÓN DE MORTALIDAD POR ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO DE MUJERES EN EDAD FÉRTIL CIUDAD DE EL ALTO PRIMER SEMESTRE 2017.....	99
TABLA 18. DISTRIBUCIÓN DE MORTALIDAD DE MUJERES EN EDAD FÉRTIL SEGÚN ESTADO CIVIL CIUDADES DE LA PAZ Y EL	

ALTO, PRIMER SEMESTRE 2017.....	99
TABLA 19. DISTRIBUCIÓN DE MORTALIDAD EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN CIUDADES DE EL ALTO Y LA PAZ PRIMER SEMESTRE 2017.....	100
TABLA 20. DISTRIBUCIÓN DE MORTALIDAD EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL SEGÚN OCUPACIÓN CIUDADES DE EL ALTO Y LA PAZ PRIMER SEMESTRE 2017.....	100
TABLA 21. MORTALIDAD MATERNA EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL, CIUDADES DE LA PAZ Y EL ALTO, PRIMER SEMESTRE 2017.....	101
TABLA 22. MORTALIDAD MATERNA, CALCULO DE LOS APVP POR GRUPOS DE EDAD, CIUDADES DE LA PAZ Y EL ALTO, PRIMER SEMESTRE 2017.....	101
TABLA 23. MORTALIDAD MATERNA, CALCULO DE LOS APVP POR GRUPOS DE EDAD, CIUDADES DE LA PAZ Y EL ALTO, PRIMER SEMESTRE 2017.....	102
TABLA 24. MORTALIDAD MATERNA SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN PRIMER SEMESTRE 2017 CIUDADES DE LA PAZ Y EL ALTO.....	102
TABLA 25. MORTALIDAD MATERNA SEGÚN LUGAR DE DEFUNCIÓN PRIMER SEMESTRE 2017.....	103
TABLA 26. MORTALIDAD MATERNA SEGÚN MOMENTO DE FALLECIMIENTO CIUDADES DE LA PAZ Y EL ALTO PRIMER SEMESTRE 2017.....	104

Acrónimos y abreviaciones

ENDSA	Encuesta Nacional de Demografía y Salud
CEMED	Certificado Médico de Defunción
IINSAD	Instituto de Investigación en Salud y Desarrollo
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio, NNUU 2000
OPS/OMS	Organización Panamericana de la Salud / organización Mundial de la Salud
SNIS	Sistema Nacional de Información en Salud
SNIS – VE	SNIS – Vigilancia Epidemiológica
INE	Instituto Nacional de Estadística
MEDICON	Médicos Consultores
RMM	Razón de Mortalidad Materna
FID	Federación Internacional de Diabetes
ECV	Enfermedades Cardiovasculares
AVC	Accidentes Vasculares Cerebrales
VPH	Virus del Papiloma Humano
CAN	Comunidad Andina de Naciones
ASIS	Análisis de Situación de Salud
APVP	Años Potenciales de Vida Perdidos

MORTALIDAD EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL, EN LOS CEMENTERIOS DE LA CIUDAD DE LA PAZ Y EL ALTO PRIMER SEMESTRE, DE 2017

RESUMEN

Se analizan las causas de muerte en las mujeres en edad fértil ocurridos en las ciudades de La Paz y El Alto en el primer semestre del año 2017.

El objetivo general es determinar la situación de la mortalidad en mujeres en edad fértil, de 15 a 49 años en las ciudades de La Paz y El Alto en el primer semestre, de 2017.

La investigación es descriptiva y retrospectiva, basada en una serie casos.

En el presente estudio se logró, identificar 153 mujeres que fallecieron en las edades comprendidas de 15 a 49 años. Se registraron 114 casos en los cementerios de la ciudad de La Paz y 39 en la ciudad de El Alto.

Las tasas estimadas fueron estandarizadas usando la población de Mujeres en edad Fértil del INE para el año 2017. La ciudad de La Paz de 212.890 mujeres, la ciudad de El Alto de 241.704 mujeres. La esperanza de vida al nacer para el departamento de La Paz es de 75 años para el sexo femenino. Nacidos vivos para el año 2017 de 23.684 N.V. En el caso de los cánceres, en La Paz y El Alto, la causa específica señala que la mortalidad por tumores de órganos genitales femeninos es mayor, seguido por los tumores de órganos digestivos y vías biliares.

Los decesos que se presentaron en el estudio fueron prematuros es decir antes de los 75 años. se observa que los grupos de edad que presentaron más muertes es la edad comprendida entre 40 a 45 años con 12 defunciones por cada 10.000 mujeres que mueren por algún tipo de enfermedad en la ciudad de La Paz.

En El Alto los fallecimientos que registraron mayor tasa para el estudio está comprendida en el grupo de edad de 45 a 49 años con 3 muertes por cada 10.000 mujeres fallecidas por alguna causa de enfermedad.

La razón de mortalidad materna en el estudio es de 25.3 por 100.000 nacidos vivos.

De acuerdo a los datos obtenidos se concluye que entre las principales causas de muerte de mujeres en edad fértil se tiene a los tumores o neoplasias de diferentes órganos con 41 casos (26.8%) dentro de este grupo se tiene a los tumores malignos de órganos genitales femeninos con 15 casos.(36.6%) Los grupos de edad más afectados son las edades comprendidas de 35 a 39 años y la de 30 a 34 años, las enfermedades del sistema circulatorio se tiene a las enfermedades hipertensivas, enfermedades del tubo digestivo a las enfermedades de vesícula biliar y páncreas.

Se recomienda integrar las intervenciones destinadas a mejorar las condiciones de vida de las mujeres, con mayor cobertura educativa, reducción de la pobreza y mayores oportunidades de acceder a los servicios de salud.

MORTALITY IN WOMEN OF FETRIC AGE, IN THE CEMETERIES OF THE CITY OF LA PAZ AND EL ALTO FIRST SEMESTER, OF 2017

Summary

It analyses the causes of death in women of childbearing age occurring in the cities of La Paz and El Alto in the first half of the year 2017.

The overall objective is to determine the mortality situation in women of childbearing age, from 15 to 49 years in the cities of La Paz and El Alto in the first semester of 2017.

The research is descriptive and retrospective, based on a number of cases.

In the present study, it was accomplished, to identify 153 women who died in the ages between 15 and 49 years. It registraron 114 cases in the cemeteries of the city of La Paz and 39 in the city of El Alto.

In the present study, it was accomplished, to identify 153 women who died in the ages between 15 and 49 years. of which 114 were registered in the cemeteries of the city of La Paz and 39 in the city of El Alto.

Estimated rates were standardized using the INE's population of women of childbearing age by the year 2017. The peace city of 212,890 women, the city of 241,704 women high. Life expectancy at birth for the Department of Peace is 75 years for the female sex. Born alive for the year 2017 of 23,684 N.V. In the case of cancers, in La Paz and Alto, the specific cause indicates that mortality from tumours of female genitalia is greater, followed by tumors of the digestive organs and bile ducts.

The deaths that were presented in the study were premature i.e. before 75 years. It is observed that the age groups that presented the most deaths are the age between 40 to 45 years with 12 death for every 10,000 women who die from some type of disease in the city of La Paz.

In the high the deaths that recorded higher rate for the study is included in the age group from 45 to 49 years with 3 deaths per 10,000 women died for some cause of disease.

The maternal mortality ratio in the study is 25.3 per 100,000 live births.

According to the data obtained, it is concluded that among the main causes of death of women of childbearing age are the tumours or neoplasms of different organs with 41 cases (26.8%) within this group are the malignant tumours of female genital organs With 15 cases. (36.6%) The age groups most affected are the ages from 35 to 39 years and the 30 to 34 years, diseases of the circulatory system is to hypertensive diseases, digestive tract diseases to gallbladder and pancreas diseases.

It is recommended to integrate interventions aimed at improving the living conditions of women, with greater educational coverage, poverty reduction and greater opportunities for access to health services.

MORTALIDAD EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL, EN LOS CEMENTERIOS DE LA CIUDAD DE LA PAZ Y EL ALTO PRIMER SEMESTRE, DE 2017

1. INTRODUCCIÓN

El primer estudio publicado sobre mortalidad general en Bolivia fue realizado por la Representación en Bolivia de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ⁽¹⁾ en las nueve ciudades capital, con datos del 2000. La fuente estuvo constituida por el Certificado Médico de Defunción (CEMED) contenido en los expedientes de inhumación de los cementerios oficiales, en los que se procedió a la revisión de 10.744 decesos.

El segundo estudio, pero referido solamente a la ciudad de La Paz, pertenece al Instituto de Investigación en Salud y Desarrollo (IINSAD), de la Facultad de Medicina de la UMSA ⁽²⁾. Los datos, un total de 2.082 decesos registrados en dos cementerios (General y Jardín), varios hospitales y la FELC-C, correspondían al primer semestre de 1999. Los resultados mostraron que las “causas externas” eran la primera causa de muerte en la ciudad de La Paz, seguidas por las afecciones cardiovasculares. Aquellas representaban el doble de defunciones entre varones en comparación con las mujeres, en tanto que entre las cardiovasculares existía un porcentaje ligeramente mayor de decesos femeninos. Los cánceres mataron más mujeres que varones, debido a que la neoplasia maligna del cuello del útero ocupó el primer lugar como causa de muerte en este grupo de enfermedades. Los resultados permitieron establecer que la transición epidemiológica en la ciudad capital estaba muy avanzada. Si bien los programas oficiales contra las enfermedades crónicas no trasmisibles son de reciente data en el país, es necesario establecer si la estructura de mortalidad general detectada en la ciudad de La Paz en 1999, permanece o ha sido modificada.

Para el 2009, todavía está vigente la estructura general de la mortalidad, no hay cambios relevantes en relación con el estudio realizado en 1999. Lo novedoso está en los matices que ha adquirido esa estructura.

Las características de la certificación de las defunciones, el porcentaje de defunciones en hospitales, la calidad de los diagnósticos, el peso de las enfermedades crónicas en la mortalidad, el desplazamiento de la edad de defunción de mujeres con cáncer del cuello del útero, la evolución de la mortalidad materna en la ciudad de La Paz en los últimos 20 años, el porcentaje de las defunciones relacionadas con los Objetivos de Desarrollo del Milenio, constituyen, junto con la transición demográfica y la epidemiológica, son aspectos de considerar en su análisis.

2. ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN

2.1 ANTECEDENTES.

De acuerdo al informe realizado por la OMS entre las principales características de la mortalidad de mujeres en Bolivia ocurre en mujeres jóvenes, con baja educación, en situación de pobreza, habitan el área rural, son indígenas y con baja escolaridad.

“En América Latina y el Caribe, la mortalidad materna se redujo en promedio un 40%” entre 1990 y 2013 con una disminución de 133 a 77 por cada 100.000 nacidos vivos. Pese a los avances en 2013 alrededor de 9300 mujeres murieron por causas maternas. Ningún país de la región estuvo en condiciones de alcanzar el Objetivo del Milenio (ODM) de disminuir un 75% la MM para 2015”.

(3)

Hasta antes de 1994, la cifra oficial de mortalidad materna era 480 defunciones por cada 100.000 nacidos vivos, que no era resultado de una encuesta de base poblacional sino de una revisión de casos hospitalarios ocurridos en 10 años.

La encuesta nacional de demografía y salud de 1994 (ENDSA-1994), la más prolífica de todas las realizadas por el Instituto Nacional de Estadística, generó ocho razones de mortalidad materna (global, áreas urbana-rural y por nicho ecológico) y permitió además dividir la cifra global en dos periodos (1984-1989 y 1989-1994) con el valor correspondiente al primer periodo fue establecida la línea de base (416) para el Objetivo de Desarrollo del Milenio Nro. 5 y también la meta a alcanzar hasta 2015 (104).

Para el 2011, 538 mujeres murieron por complicaciones del embarazo, parto y posparto. Es decir, la razón de mortalidad materna (RMM) fue estimada en 160 por 100.000 nacidos vivos. El 63% de las muertes maternas corresponde a causas directas. Las principales causas fueron las hemorragias con el (59%) por retención placentaria y atonía uterina, seguidas de la hipertensión (19%); el

aborto (13%) y las infecciones (7%). (Ministerio de Salud – Instituto Nacional de Estadística – CELADE, 2016).⁽³⁾

2.2 JUSTIFICACIÓN

La mortalidad en mujeres, y en mayor énfasis la mortalidad materna constituye un indicador de calidad de la atención. Desde hace varios años se ha puesto en evidencia que existe una subestimación de la mortalidad que tiene que ver principalmente con defectos en la anotación de las causas de defunción. El presente trabajo pretende determinar las causas de mortalidad en mujeres en edad fértil, en los cementerios de la ciudad de La Paz y El Alto, durante el primer semestre de 2017.

3. MARCO TEÓRICO

Los datos de mortalidad no solo representan herramientas para evaluar el riesgo de muerte en una población y la repercusión de las enfermedades en la salud, sino también la gravedad de las afecciones y la sobrevivencia experimentada por la población. Constituyen insumo esencial en el análisis de la situación de salud, la vigilancia de salud pública, la programación y la evaluación de programas y políticas de salud.

Las medidas de magnitud, como tasas (general, infantil, de la niñez, y otras), razones (mortalidad materna) y proporciones (transmisibles frente a no transmisibles), además de la estructura de las defunciones, dan sustancia al perfil de mortalidad de una población.

Por otro lado, es necesario conocer las condiciones en las cuales se generan las estadísticas y los problemas que surgen al producirlas, a fin de tener esto en cuenta para su interpretación y uso correcto⁽⁴⁾. El cálculo de años potenciales de vida perdidos (APVP) se realizará con base de la esperanza de vida al nacer para mujeres, fijada en 75.3 años (con redondeo a 75), por el Instituto Nacional de Estadística.

Se trata de un procedimiento para medir el impacto de la mortalidad, en especial para reflejar la mortalidad de los grupos de edad más tempranos, debido a que las tasas de mortalidad están influenciadas por los problemas de salud de la población ubicada en los grupos de edad más avanzados, donde además ocurre la mayoría de los decesos.

El número de años potenciales de vida perdidos (APVP) se obtiene sumando los productos del número de muertes de cada edad por la diferencia entre esta edad y una edad límite, en este caso la esperanza de vida al nacer. La fórmula es la siguiente ⁽⁵⁾:

$$PVP = \sum ((L - i) \times d_i)$$

Donde:

- I = la edad límite inferior establecida
- L = la edad límite superior establecida
- i = la edad de la muerte
- d_i = el número de defunciones a la edad i

Asimismo, se obtuvo el índice a los años potenciales de vida perdidos (IAPVP), mediante la siguiente fórmula (5):

$$IAPVP = (APVP/N) \times 1000$$

Dónde: N es la población correspondiente a cada edad simple o grupo de edad.

TASA DE MORTALIDAD BRUTA

La tasa bruta de mortalidad es el indicador más utilizado en la medición de mortalidad.

Se obtiene de la relación entre el número de defunciones ocurridas en un periodo de tiempo determinado (generalmente un año) y una estimación de la población expuesta al riesgo de morir en el mismo periodo ⁽⁵⁾.

$$d^z = \frac{D^z}{N^{30-VI-z}} * 1000$$

Donde:

d^z es la Tasa Bruta de Mortalidad

D^z son las Defunciones ocurridas en el año z

N^{30-VI-z} la población estimada al 30 de Junio del año z

La Tasa bruta de mortalidad de Mujeres en edad Fértil en la ciudad de La Paz es:

D 2017= 5.352

Así, se puede afirmar que en el año 2017 por cada 10.000 mujeres en edad fértil fallecieron 5 mujeres por alguna causa en la ciudad de La Paz.

MORTALIDAD SEGÚN CAUSAS

El elemento principal para medir la mortalidad es la ocurrencia de las defunciones. Esta tiene una causa, que puede ser natural, enfermedad, traumatismo o lesión que conduce a la muerte.

Las causas de muerte se pueden clasificar en dos grandes grupos, según su naturaleza:

1. Las causas endógenas: provienen de la constitución genética del individuo, de las malformaciones congénitas, del traumatismo provocado por el nacimiento, o de la degeneración producida por el envejecimiento del organismo.
2. Las causas exógenas: corresponden a circunstancias o factores externos al individuo, tales como enfermedades infecciosas y parasitarias y los traumatismos accidentales.

Cuando desciende la mortalidad, pierden importancia relativa las muertes por causas exógenas y aumenta las provocadas por causa exógenas.

También la distribución por causas depende de la estructura por edad. Así, una población con una estructura envejecida tiende a registrar una mayor proporción de muertes debido a enfermedades degenerativas, como por ejemplo cáncer y enfermedades cardiovasculares. Una población joven,

presentara una mayor proporción de muertes, debido a enfermedades de tipo exógeno, por ejemplo, accidentes y de tipo infeccioso.

Las tasas de mortalidad por causas, se calculan con la formula siguiente (5):

$${}_n d_c^z = \frac{D_c^z}{N^{30-VI-Z}} * 100000$$

Donde:

${}_n d_c^z$ es la tasa de mortalidad de la causa c.
 ${}_n D_c^z$ es el número de defunciones debidas a la causa c, ocurridas en el año z.
 ${}_n N_x^{30-VI-Z}$ es la población total al 30 de junio del año z.

a) Enfermedades crónicas no trasmisibles

Las ENT también conocidas como enfermedades crónicas tienden a ser de larga duración y resultan de la combinación de factores genéticos, fisiológicos, ambientales y conductuales. Los principales tipos de ENT son las enfermedades cardiovasculares (como los ataques cardiacos y los accidentes cerebrovasculares), el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas (como la enfermedad obstructiva crónica y el asma) y la diabetes.

”Las consecuencias humanas sociales y económicas de las ENT se dejan sentir en todos los países pero son particularmente devastadoras en las poblaciones pobres y vulnerables, Las ENT son la principal causa de muerte en el mundo entero, habiendo causado 38 millones de fallecimiento (el 68%) de los 56 millones de defunciones registrados el 2012. Más del 40% de ellas (16 millones) fueron muertes prematuras ocurridas antes de los 70 años de edad. Casi las tres cuartas partes de todas las defunciones por ENT (28millones) y la mayoría de los fallecimientos prematuros (el 82%) se produjeron en países de ingresos bajos y medios. En 2013 la Asamblea Mundial de la Salud adopto nueve metas mundiales concretas de cumplimiento voluntario para 2025 y aprobó un conjunto de acciones organizadas en torno al Plan de acción mundial de la Organización Mundial de la Salud para la prevención y el control de enfermedades no transmisibles 2013-2020” (6)

Las enfermedades crónicas no transmisibles son responsables por más de la mitad de la carga de enfermedad y por 80% de las muertes en los países pobres, los cuales llevan una carga de enfermedad doble. La mitad de estas enfermedades ocurre en los adultos mayores de 70 años, pero los problemas suelen comenzar en los jóvenes, como por ejemplo la obesidad ⁽⁷⁾ ⁽⁸⁾. Lo interesante es que un grupo importante de ellas se beneficia de las mismas medidas de promoción y prevención.

Varias de ellas han sido agrupadas en el “síndrome metabólico”, que según la Federación Internacional de Diabetes (FID), lo padece entre el 20-25% de la población mundial, y es una de las causas de la expansión de la epidemia mundial de diabetes tipo 2 y de afecciones cardiovasculares ⁽⁹⁾.

Según la FID, una persona padece síndrome metabólico si además de obesidad centro-abdominal (medición de la circunferencia de la cintura), presenta alguno de los siguientes signos ⁽⁹⁾.

- Elevación de los triglicéridos plasmáticos (\Rightarrow 150 mg/dL), o en tratamiento para reducirlos.
- Bajas concentraciones plasmáticas de HDL ($<$ 40 mg/dL).
- Hipertensión arterial (\Rightarrow 130/85 mmHg), o en tratamiento para reducirla.
- Diagnóstico previo de diabetes tipo 2, o hiperglucemia en ayunas (\Rightarrow 100 mg/dL), o en tratamiento.

“Los profesionales de la salud son uno de los factores más importantes del sistema de atención de salud. Los dispensadores de atención de salud desempeñan una función decisiva en el fomento, la creación y el mantenimiento de mejoras en la atención de salud” ⁽¹⁰⁾.

El equilibrio entre los problemas de salud agudos y crónicos está cambiando rápidamente en todo el mundo, evolución que plantea exigencias nuevas y diferentes a los profesionales de la salud. Esta ampliación de las cualificaciones

no se contraponen a la necesidad de preservar las actuales, como la práctica de una atención basada en criterios científicos y éticos, sino que subraya la necesidad de nuevas cualificaciones que complementen a las existentes ⁽¹⁰⁾.

La Organización Mundial de la Salud, la Asociación Médica Mundial, el Consejo Internacional de Enfermeras, la Federación Farmacéutica Internacional, la Sociedad Europea de Neumología, y la alianza Internacional de Organizaciones de Pacientes, están de acuerdo en que las nuevas cualificaciones deben abarcar los siguientes cinco aspectos ⁽¹⁰⁾.

- Atención centrada en el paciente
- Cooperación
- Mejora de la calidad
- Tecnología de la información y de la comunicación
- Perspectiva de salud pública

Afecciones cardiovasculares

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) afectan casi por igual a mujeres y hombres, aunque en ciertos contextos es cada vez más frecuente entre las mujeres; a nivel mundial, la enfermedad cardiovascular es la mayor causa de muerte entre las mujeres.

Se calcula que en 2004 murieron por esta causa 17,1 millones de personas, que representa un 29% de todas las muertes registradas en el mundo; 7,2 millones de esas muertes se debieron a la cardiopatía coronaria, y 5,7 millones a los accidentes vasculares cerebrales (AVC).

Más del 82% de estas afecciones se produce en países de ingresos bajos y medios. Se calcula que en 2030 morirán cerca de 23,6 millones de personas, sobre todo por cardiopatías y AVC, y se prevé que sigan siendo la principal causa de muerte ⁽¹⁰⁾ ⁽¹¹⁾. Entre los principales factores de riesgo figura, en primer lugar, el fumar y luego el sobrepeso. Mientras que en muchos países de

Occidente el número de fumadores ha descendido, en Asia y en muchas naciones en vías de desarrollo aumenta constantemente.

En el año 2020, el fumar se habrá convertido en uno de los principales causantes de fallecimientos, y afectará más a las mujeres. Sin embargo, también el sobrepeso y la obesidad son cada vez más un fenómeno de preocupación mundial y por ello es necesaria una estrategia global. Desde esta perspectiva, la FID considera que es un imperativo moral, médico y económico identificar a las personas con síndrome metabólico.⁽⁹⁾

En Bolivia, el Ministerio de Salud y Deportes estima que hay 2 millones de fumadores, y que cada día mueren alrededor de siete personas por el efecto directo o indirecto del consumo de tabaco (12). Esta situación le ha impuesto la necesidad de iniciar un proceso de socialización sobre las imágenes impactantes que a partir de diciembre 2011 llevan las cajetillas de cigarrillos, de acuerdo con las disposiciones legales aprobadas en 2007 por el país.

Los efectos de la dieta malsana y de la inactividad física pueden manifestarse como "factores de riesgo intermedios", es decir: aumento de la tensión arterial y del azúcar y los lípidos de la sangre, sobrepeso y obesidad⁽¹⁰⁾.

Es posible reducir el riesgo de ECV realizando actividades físicas de forma regular; evitando la inhalación activa o pasiva de humo de tabaco; consumiendo una dieta rica en frutas y verduras; evitando los alimentos con muchas grasas, azúcares y sal, y manteniendo un peso corporal saludable.

Cuando factores precedentes como la diabetes y la hipertensión arterial están instalados, su diagnóstico oportuno y manejo apropiado debe ser accesible para las personas afectadas⁽¹⁰⁾.

También, hay una serie de determinantes subyacentes de las enfermedades crónicas, es decir, "las causas de las causas", que son un reflejo de las

principales fuerzas que rigen los cambios sociales, económicos y culturales: la globalización, la urbanización y el envejecimiento de la población (ver el esquema conceptual que aparece en una página previa). Otros determinantes de las ECV son la pobreza y el estrés⁽⁷⁾.

Neoplasias

En lo que al cáncer se refiere, puede afectar cualquier parte del organismo, a todas las edades, incluso durante la vida intrauterina, pero el riesgo de sufrir los más comunes se incrementa con la edad. Los principales tipos de cáncer en el mundo son los siguientes⁽¹³⁾:

- pulmonar (1,4 millones de defunciones)
- gástrico (740 000 defunciones)
- hepático (700 000 defunciones)
- colorrectal (610 000) defunciones
- mamario (460 000 defunciones).

Se considera que más del 30% de las defunciones por cáncer son prevenibles. Todo comienza en una célula, por causa de anomalías en el material genético, o por la alteración de la división celular, que en el humano está regulada por dos proteínas: Rb y p53, que pueden ser atacadas, por ejemplo, por los genes E6 y E7 del virus del papiloma humano (VPH)⁽¹⁴⁾.

La transformación de una célula normal en una tumoral es un proceso que abarca varias fases y suele consistir en la progresión de una lesión precancerosa a un tumor maligno. Este proceso lleva varios años.

Esas alteraciones son el resultado de la interacción entre los factores genéticos de una persona y tres categorías de agentes exteriores, a saber:

- carcinógenos físicos, como las radiaciones ultravioletas e ionizantes
- carcinógenos químicos, como el amianto, componentes del humo de tabaco, aflatoxinas (contaminantes de los alimentos) y arsénico (contaminante del agua de bebida)

- carcinógenos biológicos, como las infecciones causadas por determinados virus, bacterias o parásitos.

El envejecimiento es otro factor fundamental en la aparición del cáncer. La incidencia de esta enfermedad aumenta mucho con la edad, seguramente porque se van acumulando factores de riesgo de determinados tipos de cáncer. La acumulación general de factores de riesgo se combina con la creciente pérdida de eficacia de los mecanismos de reparación celular al aumentar la edad.

Pero no hay que perder de vista que la pobreza y las malas condiciones de vida determinan la capacidad de respuesta inmunitaria de los individuos a esos factores externos.

El tabaquismo, el alcoholismo, el consumo insuficiente de frutas y hortalizas, las infecciones por virus de la hepatitis B, de la hepatitis C y por el VPH son los principales factores de riesgo de cáncer en los países de ingresos bajos y medianos.

El cáncer cervicouterino, ocasionado por el VPH, es una de las principales causas de defunción por cáncer de las mujeres en países de bajos ingresos ⁽¹³⁾ ₍₁₅₎.

Hoy se sabe mucho acerca de las causas del cáncer y las intervenciones encaminadas a prevenir y tratar la enfermedad. Es posible reducirlo y controlarlo, aplicando estrategias de base científica destinadas a la prevención de la enfermedad, así como a la detección temprana y al tratamiento de las personas afectadas.

Más del 30% de los cánceres podría evitarse modificando o evitando los siguientes factores de riesgo:

- el consumo de tabaco
- el exceso de peso o la obesidad

- el consumo insuficiente de frutas y hortalizas
- la inactividad física
- el consumo de bebidas alcohólicas
- la infección por el VPH
- la contaminación del aire de las ciudades
- el humo generado en la vivienda por la quema de combustibles sólidos.

Si se controla los factores de riesgo conocidos, se podría prevenir por lo menos un 80% de la enfermedad cardiovascular, los episodios cerebrovasculares y la diabetes, y un 40% de los casos de cáncer. La responsabilidad individual, aunque importante, sólo es efectiva cuando las personas tienen igualdad en el acceso a opciones saludables. Los gobiernos juegan un papel central para cambiar el ambiente social para ayudar a que la opción sana sea una opción fácil ⁽⁸⁾.

Mientras que algunas personas fumadoras vivirán una vida normal, la mayoría tendrá vida más corta y de peor calidad. Si bien todo el mundo tiene que morir, la muerte no tiene que ser lenta, dolorosa ni prematura, como suele ser el caso con las enfermedades crónicas no transmisibles ⁽⁸⁾.

Causas externas de mortalidad

Las causas externas de morbilidad y mortalidad corresponden al cuarto grupo de causas de mortalidad para ambos sexos y que según la CIE 10^a son:

- Accidentes del tránsito
- Exposiciones a factores no especificados
- Lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios)
- Agresiones (homicidios)
- Causas externas de intención no determinada
- Ahogamiento y sumersión accidentales
- Accidentes que obstruyen la respiración

La mortalidad de origen violento y no intencional guarda estrecha relación y puede considerarse como un síntoma de las condiciones económicas, culturales, políticas y sociales de los contextos donde ocurre. Pero un problema a resolver es la calidad de la certificación de las defunciones.

La falta de acceso a medios dignos de subsistencia es uno de los factores sociales de la violencia, así como lo es la estructura de poder en torno al machismo, cuando se trata de la violencia contra las mujeres y los niños.

La violencia resulta de una construcción cultural, que refuerza el paradigma del machismo porque el agresor ejerce su poder sobre el otro más débil. También es consecuencia de una forma de organización de la estructura económica, cuando de por medio están actividades ilícitas, como el narcotráfico o el contrabando, o el asalto a mano armada a cargo de personas que han hecho del delito su forma de vida. Incluye también la violencia desde el estado.

Parte de esa violencia está también originada en la patología mental severa que padecen ciertos grupos humanos, y que resulta disfrazada con actos de robo y asalto a mano armada.

Tratándose de los accidentes de tránsito, más del 90% tiene que ver con la conducta, en unos casos de omisión o negligencia, cuando se deja de cumplir una regla, y en otros por un acto positivo o de comisión, vinculado con la impericia y la imprudencia⁽¹⁶⁾.

En Bolivia, la mayoría de accidentes ocurre en las ciudades, pero se trata de hechos en los que generalmente están comprometidas pocas personas. Los más graves, aunque menores en número, son los que suceden en carreteras y caminos, como resultado de colisiones o embarrancamientos. Dejan un saldo de varios muertos y heridos⁽¹⁶⁾. En 2009, Bolivia registró el índice más alto de accidentes de tránsito de la Comunidad Andina de Naciones (CAN) (17): 410

por cada 100 mil habitantes, frente a 330 que fue el promedio. Colombia registró 389, Perú 295 y Ecuador 194 por 100 mil habitantes.

La Paz es el departamento que encabeza las estadísticas, a partir del accionar de conductores ebrios y/o que conducen con exceso de velocidad. El decreto supremo 429, emitido el 27 de enero de 2010, que prohíbe conducir en estado de ebriedad, ha contribuido, aparentemente, a la reducción de accidentes de tránsito en las carreteras, pero como no abarca el radio urbano, en este contexto hay cada vez más accidentes provocados por conductores borrachos.

Enfermedades Infecciosas y parasitarias

Una enfermedad infecciosa es la manifestación clínica consecuente a una infección provocada por un microorganismo, o por priones. En el caso de agentes biológicos patógenos de tamaño macroscópico, no se habla de infección sino de infestación.

Las enfermedades infecciosas matan a más personas en el mundo que otra causa única. Son causadas por gérmenes que se encuentran en el aire, la tierra y en el agua. Una infección puede adquirirse por tocar, comer, beber o respirar algo que los contenga. Los gérmenes también pueden diseminarse por las mordidas de animales o de insectos, los besos y el contacto sexual. Las vacunas, lavarse apropiadamente las manos y los medicamentos, ayudan a prevenir las infecciones.

Las enfermedades infecciosas se dividen en transmisibles y no transmisibles. Las enfermedades infecciosas transmisibles se pueden propagar directamente desde el individuo infectado, a través de la piel o membranas mucosas o, indirectamente, cuando la persona infectada contamina el aire por medio de su respiración, un objeto inanimado o un alimento. En las enfermedades infecciosas no transmisibles el microorganismo no se contagia de un individuo a otro, sino que requiere unas circunstancias especiales, sean medioambientales,

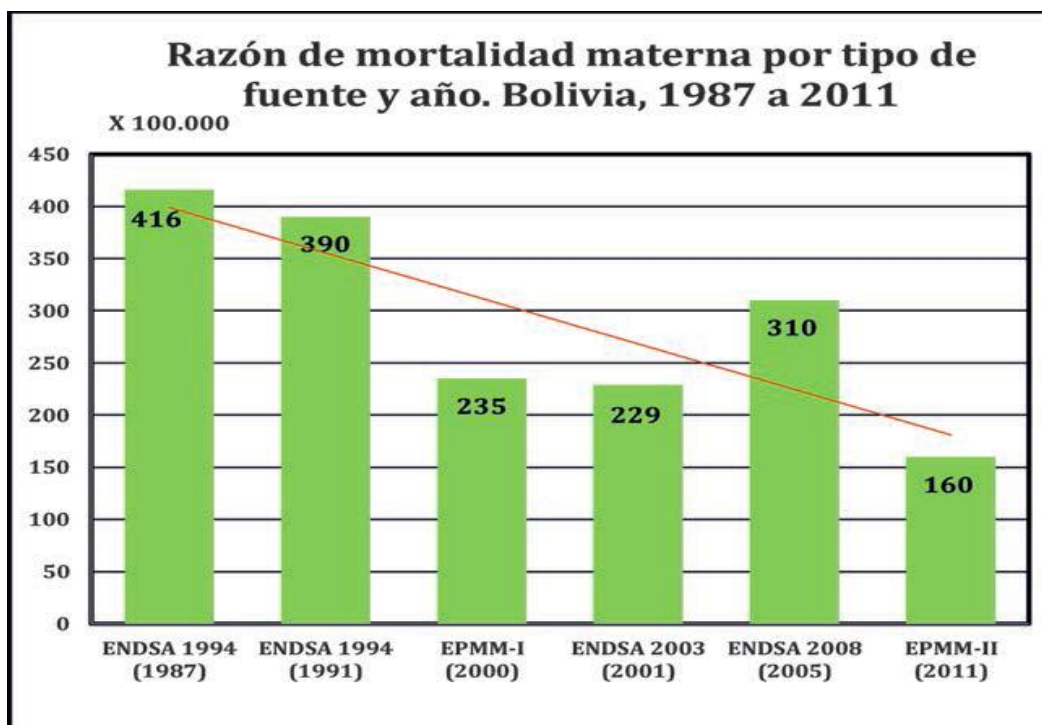
accidentales, etc., para su transmisión. En estos casos, las personas infectadas no transmiten la enfermedad.

El registro, notificación y certificación de estas enfermedades en el espectro de la mortalidad es fundamental, en razón a que “los informes de los países en desarrollo afirman con frecuencia que el perfil de su situación de salud es similar al de los países desarrollados, por cuanto su mortalidad está dominada por las enfermedades del corazón, los tumores y los accidentes, mientras las enfermedades infecciosas transmisibles ya no se perciben como un problema importante” (18).

Tendencia de la Mortalidad Materna en Bolivia

La Mortalidad materna hasta antes de 1994 era 480 defunciones por cada 100.000 nacidos vivos que no era resultado de una encuesta de base poblacional sino de una a revisión de casos hospitalarios ocurridos en 10 años. La encuesta Nacional de Demografía y Salud de 1994 (ENDS)A-94) la más prolífica de todas las realizadas por EL Instituto Nacional de Estadística, generó 8 razones de mortalidad materna (global, área urbana-rural y por nichos ecológicos y permitió dividir la cifra global en dos periodos (1984-1989 y 1989-1994) con el valor correspondiente al primer periodo fue establecida la línea de base (416) para el objetivo de Desarrollo del Milenio No.5 y también la meta a alcanzar hasta 2015 (104).

El diagrama que sigue muestra los seis niveles de la razón de mortalidad materna entre 1987 y 2011, logrados en cinco estudios, de los que tres (las ENDSA) tiene un tipo de metodología, y dos las encuestas post censales de mortalidad materna (EPMM) por lo que no pueden ser comparables, aunque es indudable la consistencia de los valores entre ambas, representada por la línea de tendencia.



Fuente: Encuestas de Demografía y Salud y Encuestas Postcensales de Mortalidad Materna.

Entre 1987 y 2011 (24 años) la razón de mortalidad materna fue reducida en 61.5%. La meta internacional hasta 2015 era disminuirla en un 75% a partir de la línea de base.

“La mortalidad materna es el resultado de la interacción de múltiples factores biológicos, económicos, políticos, culturales, psicológicos y ambientales. El contexto de la mortalidad materna no se comprende a cabalidad si no se consideran las determinantes sociales de la salud que han sido identificadas por la Organización Mundial de la Salud: ⁽³⁾

1. La atención de salud, 2. La nutrición, el ingreso y la educación, 3. La legislación de la mujer (la igualdad de los derechos). Cada uno de estos factores influye en la razón de mortalidad materna y neonatal en diferentes etapas.

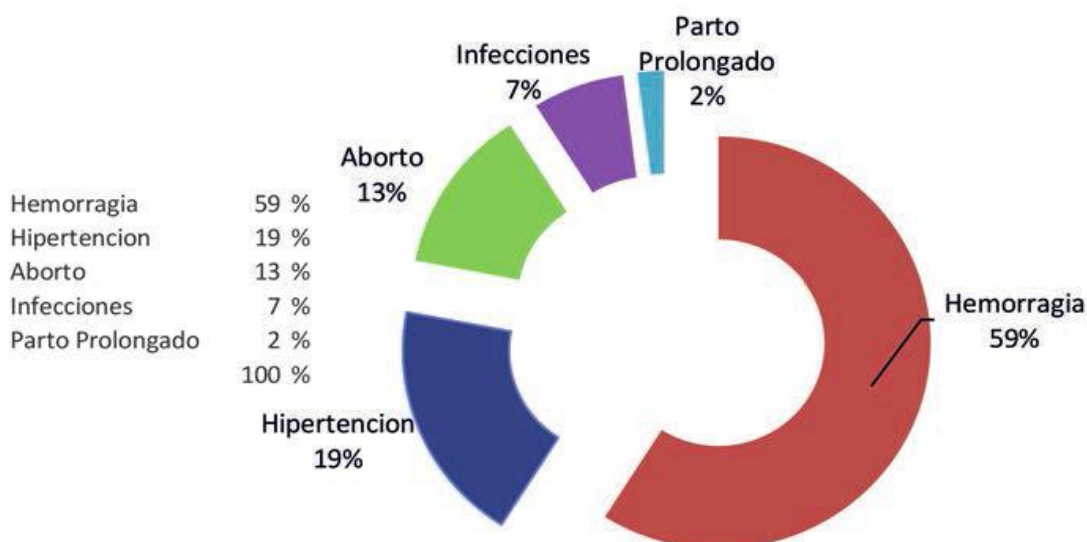
Desde un enfoque de derechos, la mortalidad materna es la expresión extrema e irreversible, de una serie de vulneraciones de derecho, entre ellos los derechos sexuales y derechos reproductivos, que sufren algunos grupos de mujeres más que otros, y que se relacionan con:

- Necesidades de anticoncepción insatisfechas
- Menos conocimiento y mayores barreras de acceso a métodos anticonceptivos
- Barreras múltiples – externas e internas – de acceso a servicios de salud
- Mayores tasas de aborto en condiciones inseguras
- Violencia sexual y de género
- Bajos niveles de compromiso político con su erradicación
- Limitada producción de información sobre las diferencias

Numerosas conferencias internacionales, como la cumbre del milenio en el año 2000 declararon como objetivo prioritario reducir la razón de mortalidad materna, sin embargo, pese a los esfuerzos realizados tanto en salud como educación, los resultados obtenidos hasta el momento no demostraron una reducción significativa. A esto se debe añadir factores que dificultan el seguimiento y análisis de la mortalidad materna, como la carencia de los sistemas de información sanitarias y de registro civil. ⁽³⁾

Para el 2011, 538 mujeres murieron por complicaciones del embarazo parto y puerperio. Es decir, la razón de mortalidad materna (RMM) fue estimada en 160 por 100.000 nacidos vivos el 63% de las muertes maternas corresponde a casusa directas. Las principales causas fueron las hemorragias con el (59%) por retención placentaria y atonía uterina, seguidas de la hipertensión (19% el aborto (13%) y las infecciones (7%). (Ministerio de salud – Instituto nacional de estadística – CELADE. 2016)

BOLIVIA causas directas de Mortalidad Materna 2011



FUENTE: Estado Nacional de Mortalidad Materna 2011 Bolivia. Ministerio de Salud. INE. 2016

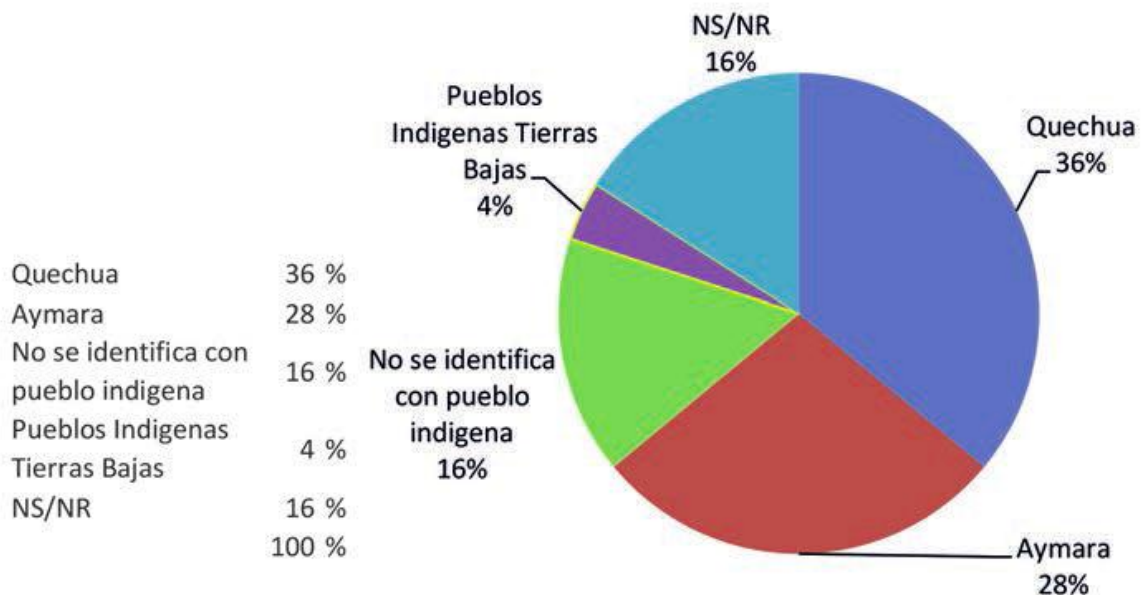
Tanto a nivel mundial como en el país, el énfasis puesto en las medias nacionales, tal vez haya tenido como resultado que se haya dado prioridad a las condiciones y las poblaciones a las que es más fácil atender más que a la eliminación de las disparidades sanitarias que sufren los subgrupos vulnerables.

(3)

El aborto como tercera causa directa de muerte materna se ha incrementado. Las cifras oficiales indican que las muertes maternas por aborto se han incrementado de 9,1% en el 2000 a 13% para el 2011. Cochabamba y Santa Cruz destacan con porcentajes superiores al promedio nacional (30% y 21% respectivamente). (3)

Las mujeres indígenas mueren más. La mortalidad materna en zonas indígenas es 4 veces mayor que la media nacional. El estudio de muerte materna (2011) reporta que todas las muertes maternas (160 x100.000n.v.) 68% de las muertes ocurrieron en mujeres con pertenencia étnica. Al respecto el 36% de muertes correspondió a mujeres quechuas y un 28% a mujeres aymaras. (3)

BOLIVIA: Mortalidad Materna según pertenencia étnica 2011



FUENTE: Estudio Nacional de Mortalidad Materna 2011 Bolivia. Ministerio de Salud. INE. 2016.

La muerte materna de mujeres adolescentes empieza a cobrar atención. Si bien las muertes maternas estudiadas en el 2011 están concentradas en el grupo etario de 20 a 39 años, es importante resaltar, que un 12% de mujeres que murieron por causas relacionadas a un embarazo, parto o posparto tenían entre 14 a 19 años y también se registró un 2% de muertes maternas en menores de 15 años. A nivel departamental, Cochabamba, Potosí y Beni presentan los porcentajes más altos para este grupo etareo.

Las muertes maternas de mujeres adultas muestran una tendencia hacia el aumento cabe resaltar que entre el año 2000 y el 2011 las muertes maternas se incrementaron de un 18% a un 23% en el grupo etario de 35 a 39 años a pesar de la reducción en RMM nacional.

Una serie de causas externas está relacionada con hechos de violencia, por lo que esta puede ser considerada una causa externa que amerita mayor atención en el estudio de la muerte materna Las causas externas de mortalidad materna,

vinculadas con alguna forma de violencia, alcanzan a un 23 % entre ellas tenemos: suicidios (10%), accidentes de tránsito (8%), asesinatos (3%) y otro tipo de accidentes (2%). A diferencia de la estructura nacional, la principal causa de muerte materna en Cochabamba se debe a factores externos ligados fundamentalmente a suicidios (22%), 13% en La Paz y 9% en Potosí. Los asesinatos no han sido reportados o identificados como feminicidios. Esta causa externa puede seguir teniendo un importante peso en la muerte materna. En Santa Cruz, por ejemplo, se registra un 27% que da cuenta de muertes ocasionadas por causas externas (accidentes de tránsito y asesinatos).

Respecto a las causas indirectas, el cáncer reporto un 5% y el VIH un 1%. Sobre estas causas llaman la atención Oruro que reporto un 14% de muertes asociadas al cáncer y Tarija con un 10% muy por encima del promedio nacional. (8% vs 1%).

La Paz, Potosí y Cochabamba presentaron las razones de muerte materna más altas de Bolivia, por encima del promedio nacional La Paz (289); Potosí (255) y Cochabamba (188). En La Paz, en el municipio de El Alto, se evidencio un mayor número de muertes maternas, aproximadamente un 30% del total departamental.

DEFINICIONES DE CASO

Las definiciones han sido tomadas de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud 10ma revisión, facilitan el proceso de identificación de defunciones que no son obstétricas directas ni indirectas.

Defunción materna: “Se define como la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del embarazo debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero

no por causas accidentales o incidentales” (CIE 10ª) Esta definición incluye dos tipos de muertes maternas;

Defunciones obstétricas directas: “ Son las que resultan de complicaciones obstétricas del embarazo (embarazo parto y puerperio), de intervenciones, de omisiones de tratamiento incorrecto o de una cadena de acontecimientos originada en cualquiera de las circunstancias mencionadas (CIE 10ª).

Defunciones obstétricas indirectas: “Son las que resultan de una enfermedad existente desde antes del embarazo o de una enfermedad que evoluciona durante el mismo no debidas a causas obstétricas directas, pero si agravadas por los efectos fisiológicos del embarazo” (CIE 10ª).

Definiciones complementarias. Contiene variaciones en las causas biológicas de defunción y/o en el periodo de referencia.

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” (CIE 10ª).

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 materna ampliada: Es la muerte de una mujer mientras está embarazada o hasta antes de un año (364 días) de la terminación del embarazo, independientemente de la causa de defunción.

Causa básica de defunción:” La causa básica de defunción es, a) enfermedad o lesión que inicio la cadena de acontecimientos patológicos que condujeron directamente a la muerte, o b) las circunstancias del accidente o violencia que produjeron la lesión fatal “(CIE 10ª).

Causa directa de defunción: Es la enfermedad o condición patológica que produjo la muerte directamente, antes de ocurra el paro cardiorespiratorio.

Causa Indirecta de defunción: La causa asociada de defunción es una causa concomitante, pero que no está relacionada con la causa básica ni con la directa.

Muerte Materna hospitalaria: La que ocurre en cualquier momento o en cualquier lugar de un hospital o establecimiento de salud independientemente del tiempo transcurrido entre la llegada de la mujer y su fallecimiento. La muerte de una mujer en tránsito hacia un hospital o establecimiento de salud será considerado muerte hospitalaria si es que ocurre en una ambulancia o vehículo de la institución. La defunción será asignada al establecimiento de salud que refiere, excepto cuando la ambulancia o vehículo pertenezca al hospital de referencia ⁽¹⁹⁾. Para el presente estudio se toma en cuenta las siguientes variables:

Edad: Para el análisis de mortalidad por edad, esta se agrupará por quinquenios de 15 a 49 años de edad e identificar grupos con mayor significación epidemiológica.

Procedencia: El lugar de procedencia es importante teniendo en cuenta, que cada persona tiene diferentes costumbres, religiones de acuerdo al lugar de procedencia sea urbano o rural.

Nivel socioeconómico: La Mortalidad de un área varía a medida que cambia el desarrollo del lugar.

Ocupación: Los riesgos ocupacionales deben tenerse en cuenta sobre todo para tomar medidas preventivas en el ambiente de trabajo.

Estado Civil: Es la situación de cualquier persona frente a la ley, y la relación de pareja que tiene cada persona. Con esta variable se pretende determinar si el estado civil influye en la mortalidad de mujeres en edad fértil. **Grado de Instrucción:** El acceso a la educación depende de las condiciones sociales y económicas de cada persona.

4. PLATEAMIENTO DEL PROBLEMA

En Bolivia, la magnitud y estructura de la mortalidad general no es conocida con precisión, debido a: 1) Insuficiente fomento a la investigación y valoración de información válida y confiable; 2) Deficiente registro de la causa básica de muerte en la certificación; 3) Dispersión de los certificados de defunción 4) Difícil acceso a registros administrativos en establecimientos de salud. Sin embargo; fuentes como los cementerios son poco explotados para fines de investigación epidemiológica. La estructura de causas está afectada por la insuficiente cobertura del registro civil y la deficiente certificación médica. Por tanto, no hay información actualizada, válida, confiable y oportuna.

La Mortalidad de mujeres en edad fértil es un problema que sigue siendo un mal para los países en desarrollo como Bolivia, en donde las condiciones de precariedad en las que viven nuestras mujeres a veces hacen que consulten los servicios de salud solo en el momento en el que una anomalía del embarazo ponga en peligro su vida.

Este mal es una verdadera tragedia que implica la desaparición de una mujer generalmente joven, por causas que la mayoría de las veces pueden prevenirse, y condena a la orfandad de niños, desintegración familiar, deserción escolar y el ingreso prematuro de niños pequeños al ambiente de trabajo. Otro aspecto importante de mencionar es el papel que juega el sub-registro ya que se cree que es más o menos del 40% y se debe a la inadecuada forma de llenar los certificados de defunción, así como por el desconocimiento que poseen los familiares del estado en el que se encontraba la occisa. La mortalidad materna en Bolivia, es un problema que es el resultante de una serie de condiciones sociales, económicas, biológicas, así como la subutilización de servicios de salud, además de la inaccesibilidad a dichos servicios que afectan a la población en general y por ende a las mujeres. Por otra parte, si bien se cree que una muerte materna por ser un hecho doloroso no pasa desapercibido, hay

circunstancias que rodean algunas defunciones que pueden ocasionar falta de reconocimiento o de notificación, o diagnóstico inapropiado, o inhumación en cementerios no autorizados o comunales que mantienen registros precarios o que simplemente no los tienen. Así, la mortalidad materna asociada a aborto inducido, a suicidio, violencia familiar u homicidio, son las que tienen mayores probabilidades de quedar encubiertas.

“Pese a los esfuerzos de Bolivia por reducir su tasa de mortalidad materna con programas como el Bono Juana Azurduy y el Programa Mi Salud, Bolivia mantiene el segundo lugar en Mortalidad Materna en Latinoamérica, solo por detrás de Haití. A nivel de Sud América, Bolivia es el peor país en hacer frente a este flagelo (sin contar Surinam, Guayana Francesa y Guyana).

Según datos de Organización Panamericana de la Salud (OPS) A 2011 Bolivia registraba una tasa de 235 madres fallecidas por cada 100mil nacidos vivos y el Banco Mundial proyecta para 2015 solo una reducción a 206 muertes.

Según La Organización Mundial de la Salud existen varios tipos de factores determinantes relacionados con la mortalidad materna la atención de la salud. La nutrición, el ingreso, la educación, la legislación sobre las mujeres (igualdad de derechos).

A nivel social y comunitario, las determinantes como la pobreza, el bajo nivel de educativo, mitos y creencias no fundamentadas y la violencia, tiene un peso fundamental entre las causas que influyen en la mortalidad materna. Siendo Bolivia un país multiétnico y multicultural, existen diversas explicaciones, desde la inaccesibilidad geográfica, la falta de adecuación cultural de los servicios, hasta la falta de complementariedad entre las diversas medicinas que ocasiona la exclusión de grupos poblacionales importantes.

Asimismo, como en todas las culturas, existen algunas prácticas que pueden constituirse en desfavorables para la salud de las mujeres y los recién

nacidos/das, por ejemplo, las decisiones de las mujeres para buscar ayuda oportuna están todavía muy influenciadas por la pareja o los parientes evidenciando su falta de empoderamiento.

En cuanto a los servicios de salud, no se cuenta con la infraestructura, insumos ni competencias técnicas necesarias para atender las emergencias obstétricas y neonatales.

El acceso a servicios para control prenatal y parto para mujeres del área sigue siendo bajo. Esto es más problemático en regiones alejadas y periurbanas. La deficiencia y discontinuidad de estrategias de comunicación educativa han interrumpido, el avance del posicionamiento de los derechos y la salud sexual y reproductiva. Los riesgos de muertes se incrementan ante la falta de conocimientos sobre los posibles problemas que pueden presentarse durante el embarazo y parto. Además de las causas principales de mortalidad materna, El Plan de Igualdad de Oportunidades (2008) señala que un 34% de las causas de muerte están vinculadas con violencia intrafamiliar, suicidios, homicidios y accidentes.

Según un diagnóstico de la salud y los derechos sexuales y derechos reproductivos (Salinas y Castro 2010) tomadores de decisiones sobre la situación de la mortalidad materna observaron la falta de coordinación intersectorial, la necesidad de mejorar la capacidad de respuesta y la calidad de los servicios de salud fortaleciendo la atención primaria, así como la caracterización por niveles de atención y el sistema de referencia y retorno en las redes de servicios.

Al mismo tiempo el Estado asume la responsabilidad de proteger a las mujeres en los periodos de prenatal parto y postnatal (Artículo 45), ello ligado al Art. 66 que reconoce y garantiza los derechos sexuales y derechos reproductivos de mujeres y hombre.

Se destacan también: El Plan Estratégico Nacional para Mejorar la Salud Materna Perinatal y Neonatal en Bolivia 2009-2015. El Plan Estratégico Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2009 – 2015 el Bono Juana Azurduy que incentiva a las mujeres y los niños a utilizar los servicios de salud relacionados con la mortalidad materna infantil y la desnutrición crónica en menores de 2 años.

Bolivia cuenta con una base amplia de normas y políticas públicas tendientes a favorecer la salud materna y neonatal, empero estas no se aplican en su totalidad en la práctica, lo que se traduce en una falta de efectividad de las propias políticas. Aunado a ello, el abordaje de la mortalidad materna y neonatal sigue siendo sectorializado, medicalizado y poco integral a pesar de la identificación de las determinantes sociales y de las tres demoras que inciden en la mortalidad

Primera demora: Tiempo que tarda la mujer en tomar la decisión de ir a un establecimiento de salud: o bien cuánto tarda la familia y/o autoridades comunitarias en llevar a la mujer a un establecimiento de salud.

Segunda demora: Tiempo que tarda el traslado de la mujer desde su hogar hasta el establecimiento de salud. Es responsabilidad de la familia, comunidad y de la red de servicios garantizar los medios apropiados para el traslado oportuno de la mujer al establecimiento de salud.

Tercera demora: Referido a las dificultades atribuibles al establecimiento de salud que retrasan la atención oportuna de las emergencias obstétricas.

Si bien hay un importante progreso hacia la reducción de la MM en el país, la tendencia muestra que es poco probable que se logre la meta mundial esperada para el 2030 (menos de 70 muertes x 100.000nv) ⁽²⁰⁾. La RMM como indicador promedio nacional encubre múltiples situaciones de desigualdad, exclusión y discriminación que vulneran los derechos de ciertos grupos de

mujeres. Las mujeres adolescentes y niñas indígenas no solo son las que tienen más probabilidades de morir, sino que su estado de salud se ve afectado con una morbilidad negativa por razones de exclusión y discriminación en salud. La violencia de género y la violencia sexual no han sido todavía estudiadas a profundidad como causa de la mortalidad materna y neonatal, siendo que las estadísticas respecto a la violencia generalizada contra la mujer y la adolescencia se ha incrementado en el país en los últimos años. Al mismo tiempo hay que considerar que las decisiones de algunas mujeres para buscar ayuda oportuna están todavía muy influenciadas por la pareja o los parientes, evidenciando la falta de empoderamiento y equidad de género.

El desafío de las autoridades es desarrollar acciones intersectoriales de prevención del suicidio, embarazo no deseado, VIH y cáncer.

Los datos muestran que la mortalidad materna es la expresión extrema e irreversible, de una serie de vulneraciones de derechos.

Para el 2030, se establece como meta mundial media una razón de mortalidad materna (RMM) de menos de 70 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos y como 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.

Por lo anterior, no es suficiente identificar, notificar y estudiar casos seguros de mortalidad materna, porque entonces habrá su registro con subestimación de la magnitud y causas del problema. En consecuencia, la unidad de observación para la vigilancia epidemiológica de la mortalidad de mujeres en edad fértil es toda mujer fallecida comprendida entre 15 y 49 años de edad. La presente investigación tiene por objetivo construir un abordaje de la muerte de mujeres en edad fértil en los municipios de la ciudad de La Paz y El Alto.

5. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son las causas de mortalidad en mujeres en edad fértil, en los cementerios de las ciudades de La Paz y El Alto durante el primer semestre, de 2017?

6. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Influencia de la Mortalidad en personas con bajo nivel educativo en la variación de las desigualdades de Mortalidad en las comunidades autónomas.

El objetivo del estudio es evaluar si la variación regional en las desigualdades de mortalidad en España está relacionada con las tasas de mortalidad en diferentes grupos socioeconómicos.

El método incluyó a todas las personas de 30-74 años que vivían en España en 2001 y a las que se realizó un seguimiento para conocer su estado vital más de 7 años. En cada una de las 17 comunidades autónomas se han estimado las tasas de mortalidad y razón de tasas de mortalidad. Se calculó el valor de la mediana de las desigualdades de mortalidad en las comunidades autónomas con las tasas de mortalidad más altas y en aquellas con las tasas de mortalidad intermedias. Y se estimó el coeficiente de Pearson para evaluar la relación entre las tasas de mortalidad y las medidas de desigualdad en mortalidad.

Los coeficientes de correlación de la tasa de mortalidad en personas con bajo nivel educativo con la diferencia de tasa de mortalidad y con la razón de tasas de mortalidad fueron 0.87 y 0.78 en mujeres y 0.81 y 0.73 en los hombres respectivamente. Los coeficientes de correlación de la tasa de mortalidad en personas con alto nivel educativo con la diferencia de tasa de mortalidad y con la razón de tasas de mortalidad fueron -0,07 y -0.24 en mujeres y 0.10 y -0.06 en los hombres, respectivamente. La variación en la magnitud de las desigualdades en mortalidad de un lugar a otro puede ser explicada por la

variación en la tasa de la mortalidad en las personas con bajo nivel educativo. No se observó relación entre la tasa de mortalidad en personas con alto nivel educativo y las desigualdades de la mortalidad. ⁽²¹⁾

Tendencia de la Mortalidad por causas externas en mujeres gestantes o puérperas y su relación con factores socioeconómicos en Colombia, 1998-2010.

El objetivo del estudio es determinar la tendencia de la mortalidad por causas externas en mujeres embarazadas o puérperas y la relación con factores socioeconómicos, el estudio es descriptivo, basada en los registros oficiales de defunciones reportados por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística periodo 1998-2010. Se realizó un análisis de tendencia mediante relación de Pearson. Se construyeron correlaciones bivariadas y modelo de regresión lineal múltiple para explorar la relación entre la mortalidad y factores socioeconómicos como el índice de desarrollo humano, índice Gini, producto bruto interno, necesidades básicas insatisfechas, tasa de desempleo, pobreza indigencia, índice de calidad de vida, tasa de analfabetismo y porcentaje de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

De 2.223 muertes por causas externas en mujeres de las cuales 1.429 se encontraban en periodo de gestación y 794 en periodo puerperal. La razón bruta de mortalidad paso de 30.7 por cada 100.000 nacidos vivos más defunciones fetales en 1998 a 16.7 en 2010. Se presentó una tendencia decreciente en el riesgo de morir por esta causa sin puntos de inflexión significativos. La mortalidad por causas externas en mujeres en periodo de gestación o en periodo puerperal mostro una tendencia significativa a la reducción este comportamiento podría ser explicado por el cambio en aspectos socioeconómicos de referencia para el país así como la educación en la incidencia de la pobreza extrema y la tasa de analfabetismo. ⁽²²⁾

Principales causas de muerte en mujeres en edad fértil.

En la investigación se analizan las principales causas de muerte en las mujeres en edad fértil ocurridas en la República de Argentina durante 1998. La OMS define a las mujeres en edad fértil como aquellas comprendidas entre los 10 y 49 años. Cada una de las cuatro décadas tiene un perfil epidemiológico característico: en la primera predominan las causas externas, en la segunda aumenta el SIDA, las causas maternas y septicemias, en la tercera el cáncer de mama y en la cuarta predominan francamente el cáncer de mama y cuello de útero. Que a diferencia del estudio de mortalidad de mujeres en edad fértil en la ciudad de La Paz y El Alto donde la mayor mortalidad es por neoplasias de órganos genitales femeninos. en las edades de 30 a 40 años Se estudian en particular las muertes producidas por causas maternas.. Finalmente se analizan las acciones que debieran implementarse para disminuir esas causas de muerte. ⁽²³⁾

La Mortalidad de las mujeres en edad fértil causas maternas, cánceres, violencia y más (Rosario Cárdenas)

La mortalidad materna observada en México en años recientes permiten prever que difícilmente este indicador disminuirá a 22.5 defunciones por cada 100.000 nacidos vivos. El objetivo de este estudio es mostrar a través de una comparación internacional como el panorama de desigualdades en materia de salud para las mujeres en edades fértiles. La mortalidad materna pone de manifiesto la brecha que separa a las mujeres mexicanas de sus pares en otros países. El análisis presentado plantea una visión global que busca resaltar a través de la comparación con nueve países tanto latinoamericanos como desarrollados. Los resultados obtenidos muestra que la mortalidad de las mujeres mexicanas de entre 15 y 44 años es mayor que la observada en otros países latinoamericanos como desarrollados, la mortalidad materna es uno de

los principales problemas de salud que afectan de sobremanera su sobrevivencia ⁽²⁴⁾

Mortalidad Materna Un análisis en profundidad y sus dimensiones para la Política Pública.

En Bolivia la mortalidad materna tiene un cierto grado de dispersión, pero un importante número de fallecimientos está concentrado en las capitales de departamento.

La mortalidad materna por aborto se redujo en números absolutos y relativos, a partir de 1999, Beni y Tarija redujeron de manera importante la mortalidad materna por complicaciones del aborto. La mortalidad materna por trastornos hipertensivos del embarazo se incrementó entre 2000 y 2011, debido a que sucedió lo propio y de manera importante en Santa Cruz y Beni esta causa ocupa el primer lugar en la mortalidad materna en establecimientos de salud.

Las hemorragias obstétricas posparto aumentaron, debido a que continúan como primera causa de muerte materna en domicilio, afectan más a mujeres casadas y a las que tienen menos de 7 años de escolaridad. En La Paz, Oruro y Potosí y Chuquisaca, las hemorragias obstétricas mantuvieron importante porcentaje en la estructura de la mortalidad materna.

Los homicidios y accidentes experimento incremento afectando más a mujeres solteras y a mujeres con menos de siete años de estudios. El cáncer hizo su aparición en 2011 en la estructura de la mortalidad materna afecto más a madres casadas. En las otras variables de la estructura analizada (estado civil, nivel de instrucción, paridad, lugar de parto, lugar de defunción momento de la defunción y tipo de muerte materna), hubo modificaciones porcentuales entre 2000 y 2011. ⁽²⁵⁾

Perfil de Mortalidad en la ciudad de La Paz 2009

Un estudio sobre mortalidad de mujeres en edad reproductiva, con énfasis en mortalidad materna, fue realizado en la ciudad de La Paz por Médicos Consultores (MEDICON), con datos referidos al segundo semestre de 1992. En él, la razón de mortalidad materna estimada fue de 229 defunciones por 100 mil nacidos vivos. La primera causa de muerte estuvo constituida por las hemorragias postparto, en tanto que las lesiones auto inflingidas ocuparon el primer lugar entre las mujeres de 15 a 49 años. Cuatro (14,3%) de los 28 decesos maternos detectados no figuraban en ninguno de los cementerios investigados. ⁽²⁾

El estudio de MEDICON abarcó también un inventario de los cementerios no oficiales, y sentó las bases para el sistema de vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna en Bolivia, a cargo del Ministerio de Salud y Deportes.

En el estudio sobre mortalidad en la ciudad de La Paz 1999, del Instituto de Investigación en Salud y Desarrollo (IINSAD) ⁽²⁾ de la Facultad de Medicina de la UMSA, el hallazgo principal fue que la primera causa de muerte en la urbe correspondía a las causas externas, y que las afecciones cardiocirculatorias y las neoplasias ocupaban el segundo y el tercer lugar, respectivamente.

El paro cardiorrespiratorio como diagnóstico de defunción, estuvo presente en un alto porcentaje (38,1%) en los certificados médicos consignados en los expedientes de inhumación del Cementerio General, unas veces como causa única, otras como “básica”, pero las más como causa concomitante (22,9%).

La investigación del IINSAD dio paso, además, a dos revisiones de la literatura, una referida a las afecciones cardiovasculares ⁽²⁶⁾ y otra al cáncer de cuello uterino. ⁽²⁾

La Mortalidad Materna una problemática de impacto social y vulneración de derechos humanos.

En Bolivia, la mortalidad materna y neonatal no ha logrado disminuir sus altos índices desde hace varias décadas y en la actualidad sigue presentando las tasas más altas de América Latina y el Caribe, después de Haití, constituyéndose en un serio problema social y de salud pública. La mortalidad materna es el resultado de la interacción de múltiples factores biológicos, sociales, económicos políticos culturales psicológicos y ambientales, que influye en las estructuras de exclusión, desigualdad e inequidad social y cultural en las que se debaten las mujeres y los niños en el país especialmente de sectores más pobres y/o de condición campesino indígena.

El CIDES UMSA ha incorporado en sus actividades académicos el despliegue del Observatorio de Mortalidad Materna y Neonatal (OMMN) a partir del cual se espera dar seguimiento a los indicadores que afectan a mujeres y niños, esta propuesta institucional, observara la respuesta del Estado a esta problemática, a partir de la aplicación de políticas públicas que, serán exitosas si se ponen en práctica de forma integral y multidisciplinaria con otros sectores. ⁽³⁾

7. OBJETIVOS

7.1 OBJETIVO GENERAL

- Determinar la situación de mortalidad en mujeres en edad fértil, de 15 a 49 años en las ciudades de La Paz y El Alto primer semestre, de 2017.

7.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar la mortalidad en mujeres en edad fértil, según municipio de fallecimiento
- Identificar el lugar de defunción en mujeres en edad fértil, en las ciudades de La Paz y El alto.
- Determinar la tasa de mortalidad para el presente estudio, por grupos etareos y clasificación del CIE 10 en mujeres en edad fértil en las ciudades de La Paz y El Alto.
- Establecer los años potenciales de vida perdidos, según grupos de edad.
- Describir las características sociales de edad, estado civil, ocupación de mujeres que fallecieron, mediante la interpretación de datos recolectados.
- Determinar el porcentaje de defunciones en mujeres en edad fértil por condición de embarazo.

8. DISEÑO Y TIPO DE INVESTIGACIÓN

El presente estudio tiene el diseño serie de casos de tipo descriptivo retrospectivo, basada en las defunciones registradas en el CEMED de los cementerios de las ciudades de La Paz y El Alto en el primer Semestre de la gestión 2017.

8.1 CONTEXTO DEL ESTUDIO

La ciudad de La Paz, tiene una extensión aproximada de 330 km² y una población de 2.741.554 habitantes para el año 2012, es decir aumentó 17% más. En la gestión 2017 la proyección demográfica alcanza a 1.456.494 varones que representa el 49% y 1.487.125 mujeres, equivalente al 51% haciendo un total de 2.943.618 habitantes en el departamento de La Paz. En la gestión 2017, la proyección demográfica en el área urbana alcanza a 1.950.222 personas que representa el 66% y en el área rural a 993.397 personas. ⁽²⁷⁾

Limita al norte con la provincia Larecaja, al noroeste con Caranavi, al este con Nor Yungas, al sureste con el municipio de Palca, al sur con los municipios de Mecapaca y Achocalla, y al oeste con la ciudad de El Alto.

Pertenece a la provincia Pedro Domingo Murillo, cuya superficie es de 4.705 km², conformada además por los municipios de: Palca, Mecapaca, Achocalla y El Alto. La ciudad capital es parte del municipio del mismo nombre, pero ocupa menos del 10% de ese territorio, del que también forman parte los cantones: Zongo, Hampaturi y Alcoche.

La población de la ciudad de La Paz representaba en 2009 el 46,3% de la que correspondía a su provincia (1.814.318 habitantes) y el 30% de la departamental (2.798.653 habitantes). A partir de 2006, las proyecciones de población del INE muestran una tendencia estacionaria, por lo que desde 2007 El Alto tendría más habitantes.

Con relación a los grupos etareos que son referidos a la edad por el tiempo que transcurre desde el inicio del nacimiento y el periodo presente que se calcula en años, desde el comienzo de los primeros 12 meses de vida, se muestra los grupos de edades de la población del departamento de La Paz, según región, donde se puede observar que en la proyección 2017 se tiene un mayor número de personas adultas en todas las regiones, que junto con los jóvenes representan la pujante fuerza laboral del departamento. ⁽³⁾

Es una de las ciudades bolivianas con el mayor número de establecimientos de salud públicos y privados en los tres niveles de atención, pertenecientes a instituciones como: Gobierno Municipal, Caja Nacional de Salud, Caja Petrolera, Seguro Universitario, Caja CORDES, Banca Privada, Caminos, Fuerzas Armadas, Policía, Iglesias, Organizaciones No Gubernamentales, y sector privado, además de la medicina tradicional. ⁽³⁾

La mortalidad, junto con la natalidad y las migraciones son elementos de la dinámica de una población, en cuanto magnitud y composición. Las características e interacción de estos tres elementos determinan no solo el ritmo de crecimiento, sino los cambios en la estructura de edades, y por tanto en las causas de enfermar y morir en una población dada.

Esos cambios se expresan en dos transiciones, la demográfica y la epidemiológica. En la primera, puede ocurrir el envejecimiento de la población, tanto más acelerado cuanto más rápidamente descienden las tasas de mortalidad y de natalidad. Cuando en una población ocurre un cambio en su estructura de edades, aumenta la esperanza de vida y por tanto se modifica la estructura de causas de defunción, con una importante reducción de las afecciones infecciosas y parasitarias y un incremento de las crónicas (28).

Sin embargo, en las naciones de menor desarrollo, la transición demográfica no es la que determina o influye en la transición epidemiológica. La compleja evolución de las sociedades, la urbanización acelerada, el consumismo, el

sobrepeso y la obesidad, el sedentarismo, el tabaquismo, el alcoholismo, las influencias interculturales y el avance de los sistemas de comunicación, como el teléfono celular, la televisión por cable y la Internet, están provocando la denominada “polarización epidemiológica”.

La polarización epidemiológica hace referencia a un perfil singular de mortalidad por la coexistencia prolongada de dos patrones de mortalidad: uno que es característico de las sociedades desarrolladas (causas crónicas y degenerativas), y otro que se asocia con condiciones de vida socialmente deficientes (causas infecciosas y parasitarias), aunados a una mortalidad alta por accidentes y actos de violencia ⁽²⁹⁾, situación que se hace más evidente en los grupos de población más vulnerables como los pobres o los ancianos ⁽³⁰⁾.

La polarización epidemiológica puede estar presente en un territorio nacional, pero también en sus unidades subnacionales e incluso al interior de éstas, y responde a otro tipo de polarización, la socioeconómica.

Debido a que una sociedad no es la suma ni el promedio de lo observado en los individuos, ciertos espacios sociales y territoriales concentran el deterioro social, situación que constituye una advertencia sobre la persistencia de desigualdades e inequidades.

Esos territorios población, que al interior de una urbe como La Paz están constituidos principalmente por las laderas, son los acreedores de una deuda social largamente acumulada.

En esos contextos, los niveles y características de la mortalidad significan precario usufructo de la riqueza social, así como la presencia de procesos patológicos que deterioran la capacidad vital con respuestas de defensa tardías e insuficientes, así como un acceso restringido a los servicios de salud. Así, toda sociedad es un conjunto de contradicciones, de fuerzas positivas y negativas que se enfrentan, de valores y contravalores sociales. Los niveles y

magnitud de esta oposición de fuerzas están socialmente determinados, porque la colectividad no es homogénea, ni tampoco los riesgos y potencialidades; la mortalidad como una expresión de inequidad, no puede ser homogénea sino diferencial en magnitud y estructura.

En la ciudad de La Paz existe pues una geografía de la salud, que requiere ser manifestada, y que tiene que ver con el desarrollo estructural de cada territorio-población en el ámbito urbanístico, y con el medio tecnológico productor de salud como oferta política y social a la colectividad paceña.

8.2 MEDICIONES

8.2.1 UNIDAD DE OBSERVACIÓN

La Unidad de Observación es el certificado Médico de Defunción. El CEMED fue introducido en 2002 por el Ministerio de Salud y Deportes. Se trata de un formato de llenado obligatorio y gratuito para casos de defunción, tanto institucional, como domiciliar o en cualquier otro lugar. Es un documento médico-legal, demográfico y epidemiológico. Tiene 20 variables, divididas en dos partes, uno (el A) para los datos del fallecido y la (B) datos de la defunción.
(32)

El CEMED tiene un original, de color blanco, que se entrega a la familia y que después queda en el expediente del cementerio. Una copia amarilla, que debe ser remitida a la oficina departamental del SNIS-VE, y una copia verde para el establecimiento de salud donde ocurrió el fallecimiento o fue extendida la certificación (32)

El Certificado de Defunción extendido por los médicos forenses, es un formato emitido por el Instituto de Investigaciones Forenses, del Ministerio Público. Al contrario que el CEMED, es un formato más narrativo que facsímil. En la sección correspondiente a causas de muerte, se puede registrar hasta tres diagnósticos, y hasta dos bajo el rótulo de “con causas”.

8.2.2 MARCO MUESTRAL

En el presente estudio se logró, identificar 153 mujeres que fallecieron en las edades comprendidas de 15 a 49 años. De los cuales 114 fueron registrados en los cementerios de la ciudad de La Paz y 39 en la ciudad de El Alto.

El análisis es por el municipio de ocurrencia, es decir las muertes producidas en la ciudad de La Paz y El Alto. No incluye, por tanto, las defunciones de residentes de las ciudades de La Paz y El Alto que fallecieron fuera de la urbe. Por tanto, se incluirán todas las defunciones registradas en el primer semestre de 2017.

8.2.3. RECOLECCION DE LOS DATOS

La investigación, aplica la Técnica RAMOS modificada. Que estudia todas las muertes de las mujeres en edad reproductiva e identifica las causas de cada muerte, el propósito específico es evaluar la mortalidad materna entre las mujeres en edad reproductiva.

Los principales datos estadísticos fueron obtenidos de registros de CEMED de los cementerios oficiales, General, Jardín, Prados de Ventilla que contenían la documentación respectiva y certificados médicos de defunción contenidos en los expedientes de inhumación, o los libros de inhumación. Los datos de cada caso son transcritos en computadora, y/o fotografiados los certificados para posterior impresión.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

NOMBRE DE LA VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	UNIDAD DE MEDIDA	INSTRUMENTO DE MEDICIÓN
Edad	Tiempo transcurrido en años desde su nacimiento hasta la defunción	Años de vida de la fallecida registrado en el CEMED	Razón	Años	CEMED C.I.
Procedencia	Registro en el certificado de defunción	Área urbana Área rural	Nominal		CEMED
Ocupación	Genero de trabajo habitual de una persona	Actividad desempeñada por la paciente fallecida	Nominal	Ama de casa, comerciante Obrera, artesana, profesional otros.	Carnet de identidad
Estado civil	Estado marital en el momento de la defunción	Situación civil que tenía la paciente al morir	Nominal	Soltera, casada, viuda, unión estable divorciada No puede determinarse	CEMED
Grado de instrucción	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento de educación	Grado de estudio académico que alcanza la mujer fallecida	Ordinal	Sin instrucción Primaria, secundaria, técnico universitario otro No puede determinarse	CEMED
Causa de defunción	Registro en el certificado médico de defunción		Nominal	Causa directa Causa antecedente Causa antecedente originario	CEMED
Tipo de enfermedad causa de muertes	CIE 10		Nominal	No transmisible infecciosa	CEMED
Cementerio	Localización Geográfica del cementerio		Nominal	General, Jardín, Celestial, Prados de Ventilla	CEMED
Lugar de fallecimiento	Registro en el certificado médico de defunción		Nominal	Establecimiento de Salud Domicilio Vía publica Trabajo Otros No puede determinarse	CEMED
Manera de fallecimiento	Registro en el certificado médico de defunción		Nominal	Accidente Suicidio Homicidio Natural Súbito Indeterminado	CEMED
Atención Médica	Registro en el certificado médico de defunción		Nominal	Si No	CEMED

8.2.4 PLAN DE ANÁLISIS

Para la codificación de la causa básica de defunción, o la causa más cercana a ella se utilizará la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, Décima Revisión ⁽³¹⁾.

La tarea de codificación de la causa básica de defunción o la más cercana a ella, está a cargo de profesionales médicos y médicas tesistas del postgrado con previo entrenamiento, con un control de calidad interno por pares ciegos. Completado el proceso, los certificados serán codificados para una base de datos con un paquete estadístico, incluyendo todas las variables del CEMED, y sólo las variables disponibles en los casos sin certificado de defunción y los que contaban con otros instrumentos, como el Certificado de Defunción emitido por los médicos forenses, el Certificado de Defunción Perinatal y formatos personales o institucionales diferentes al CEMED.

La introducción de datos a la base estará a cargo de un técnico en la elaboración de datos, con control interno por los investigadores principales para valorar su consistencia y evitar duplicaciones y omisiones.

Los únicos datos del CEMED que cuando falten, como la edad serán completados a partir de la fecha de nacimiento y la de defunción, y el sexo, por el nombre de pila. Una tercera y última revisión, directamente en la base de datos, será realizada específicamente de los códigos CIE-10^a, para completar en algunos casos el dígito faltante.

Para la tabulación serán aplicadas dos listas: la lista corta OPS 6/67, constituida por seis grandes grupos de causas de mortalidad, y un grupo adicional para “signos, síntomas y afecciones mal definidas”, y la lista 3 condensada en 15 grupos de causas de mortalidad, para la mortalidad en la niñez, es decir de los niños comprendidos entre 0 y 4 años (niños menores de 5 años).

8.2.5 ASPECTOS ÉTICOS

Los datos obtenidos, a partir del CEMED toman en cuenta las siguientes previsiones éticas:

Confidencialidad. Es importante en el proceso de análisis no considerar la identificación personal, directa o indirecta, salvo que sea para ver la consistencia entre fuentes diferentes para consolidar el diagnóstico de la causa básica de la muerte, en consecuencia, no es motivo de divulgación la identificación de las personas fallecidas.

Manejo de los datos, archivos y expedientes en forma ordenada y cuidadosa según fechas de visita preestablecidas.

Principios de bioética relacionados con la investigación:

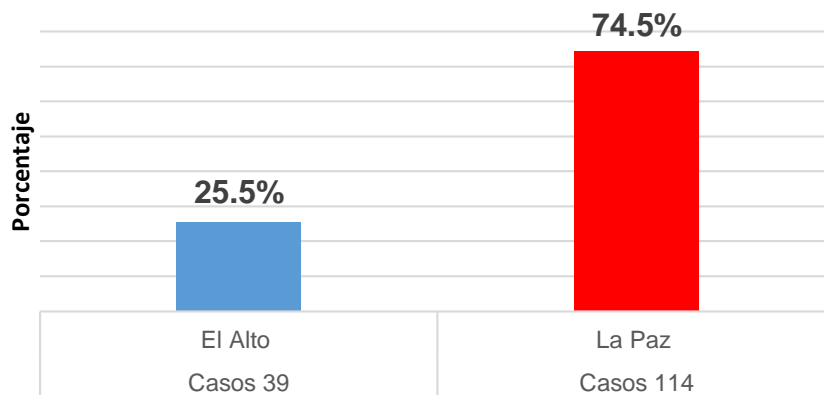
Justicia. La dirección del Instituto de Investigación en Salud y Desarrollo realizo las correspondientes gestiones de solicitud mediante comunicación y entrevistas directas, para dar a conocer la importancia de la investigación.

Autonomía. Se respetó, la decisión de brindar los archivos, expedientes de CEMEUD.

9. RESULTADOS

El análisis se llevó a cabo empleando las defunciones registradas para el primer semestre del año 2017 en los cementerios de la ciudad de La Paz y El Alto, es así que para la ciudad de La Paz se registraron 2.015 muertes y para la ciudad de El Alto 656. Para el análisis de este estudio se define, como edad fértil el periodo comprendido entre los 15 y 49 años. Las tasas fueron estandarizadas usando la población estimada de Mujeres en edad Fértil del INE para el año 2017 para la ciudad de La Paz de 212.890 mujeres, para la ciudad de El Alto de 241.704 mujeres. La esperanza de vida al nacer para el departamento de La Paz es de 75 años para el sexo femenino. Nacidos vivos para el año 2017 de 23.684 N.V.

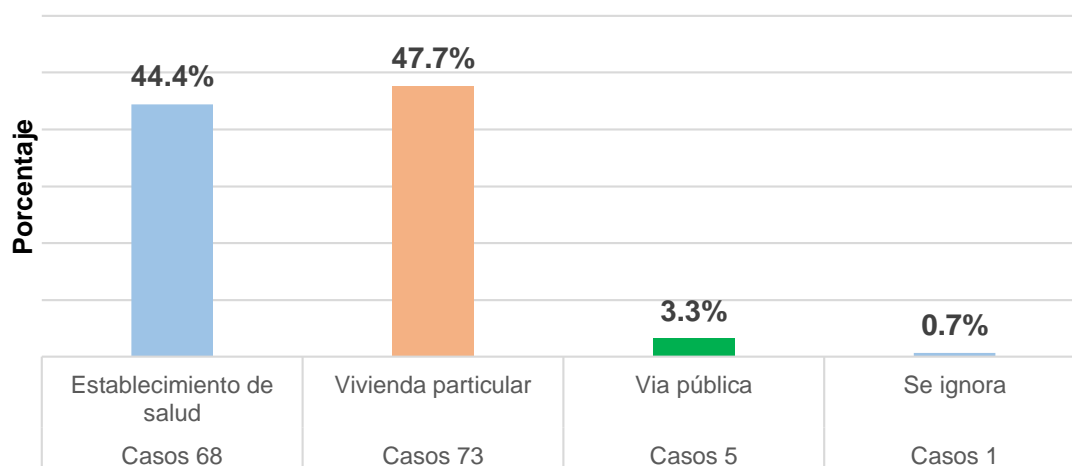
FIGURA 1
MORTALIDAD EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL SEGÚN, REGISTRÓ EN EL
ÁREA GEOGRÁFICA DE FALLECIMIENTO



Fuente: Elaboración propia mediante datos extraídos de CEMED

En la figura 1 se observa que el mayor porcentaje de la mortalidad de mujeres en edad fértil se encuentra en la ciudad de La Paz, con un 74.5% (114 casos) este porcentaje alto, se debe a que se recolectaron los certificados en 2 cementerios de la ciudad de La Paz, a diferencia de la ciudad de El Alto donde se obtuvieron datos en uno de los cementerios con un 25.5%, Probablemente debido a la poca disponibilidad de información sobre mortalidad.

FIGURA 2
DISTRIBUCIÓN DE MORTALIDAD EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL POR
LUGAR DE OCURRENCIA CIUDADES DE LA PAZ Y EL ALTO



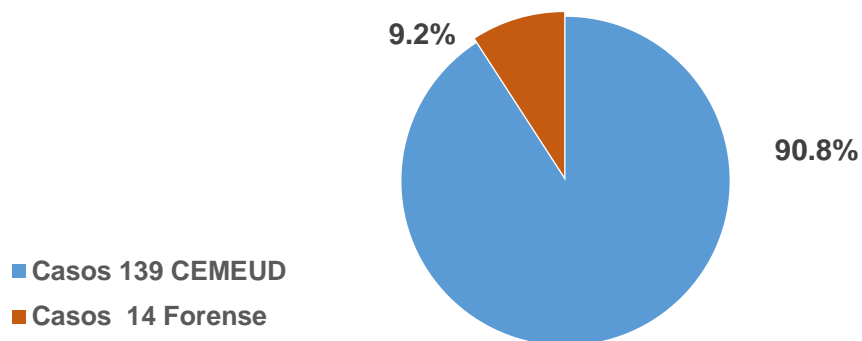
Fuente: Elaboración propia mediante datos extraídos de CEMED

En el análisis de la información se observa que de las 153 defunciones detectadas el 47,7% ocurrió en vivienda particular. Seguido de fallecimientos en establecimientos de salud, el resto en vía pública (3.3%) y otros sitios. También se puede observar muchas mujeres no reciben atención médica durante el curso de la enfermedad y fallecen en domicilio. De los establecimientos de salud donde fallecieron fueron reportados por los centros de salud de primer nivel y de la caja nacional de salud.

Tipo de Certificado de defunción emitido

Esta variable de la investigación no solo permite establecer la situación de la certificación de las defunciones, sino también las dificultades que enfrenta un estudio de esta naturaleza, en cuanto la posibilidad de reducir al máximo el sub registro.

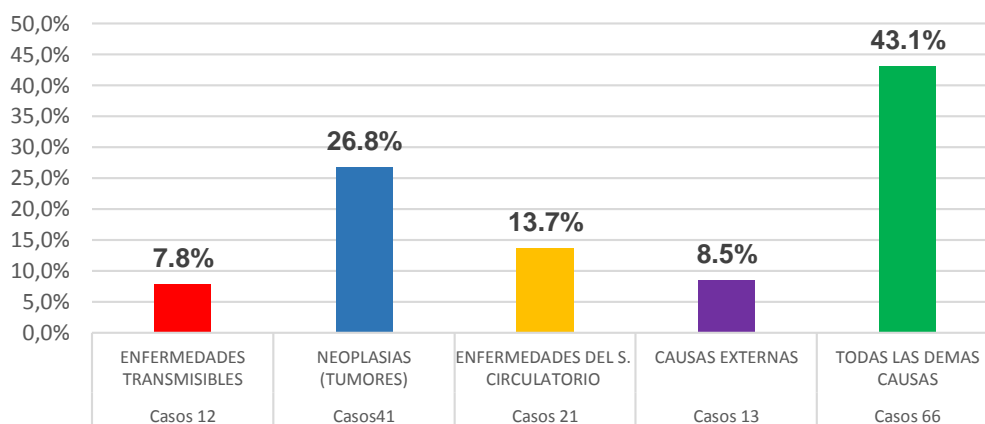
FIGURA 3
DISTRIBUCIÓN DE MORTALIDAD POR TIPO DE CERTIFICADO EMITIDO
MUJERES EN EDAD FÉRTIL



Fuente: Elaboración propia mediante datos extraídos de CEMED

En la figura 3. Los registros señalan que las muertes registradas en el CEMEUD, son en mayor porcentaje 90.8%, que el emitido en el certificado forense. Habitualmente el certificado es emitido por un médico convocado al domicilio por los familiares para que verifique la defunción y extienda el certificado. No se presentaron otros certificados como el pase de inhumación.

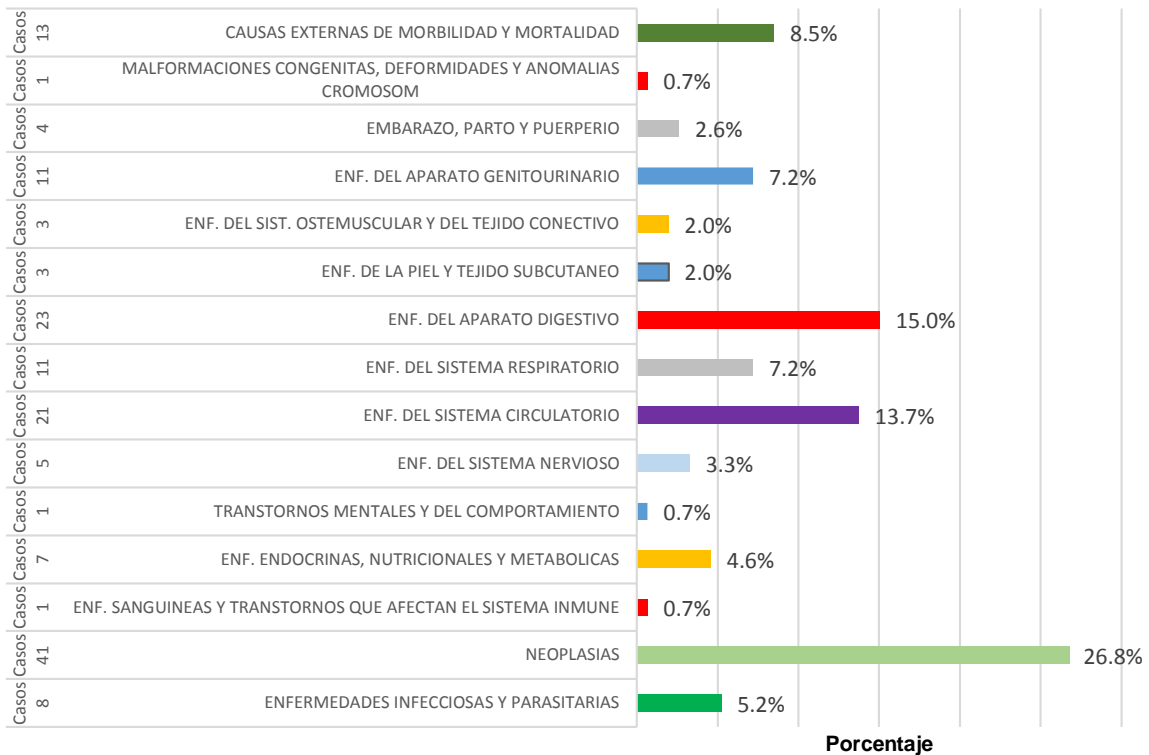
FIGURA 4
DISTRIBUCIÓN DE LA MORTALIDAD POR LOS SEIS GRANDES GRUPOS
DE CAUSAS DE LA LISTA OPS 6/67 CIUDADES DE LA PAZ Y EL ALTO,
PRIMER SEMESTRE 2017



Fuente: Elaboración propia mediante datos extraídos de CEMED

La figura 4. Muestra la estructura de la mortalidad general, valorada mediante la lista corta OPS 6/67 que agrupa las causas de defunción en seis grandes grupos, además de un séptimo para las causas mal definidas. Este tipo de estructura de la mortalidad teniendo las patologías con mayor número de defunciones tiene el propósito de sacar a la luz, el peso que tienen las causas crónicas en la mortalidad en general como se puede observar el (26.8%) de mujeres muere por Neoplasias (tumores) seguido por las enfermedades del sistema circulatorio 13.7%; estos 2 grupos de enfermedad representan el 40.5% en relación a las enfermedades transmisibles 7.8% y causas externas 8.5%. Todas las demás causas en 43.1%.

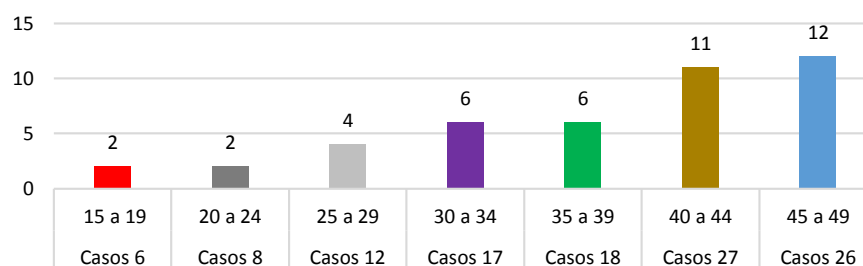
FIGURA 5
DISTRIBUCIÓN DE DEFUNCIONES DE ACUERDO AL CIE – 10
MORTALIDAD EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL, LA PAZ Y EL ALTO,
PRIMER SEMESTRE 2017



Fuente: Elaboración propia mediante datos extraídos de CEMED

La Figura 5. Muestra que las enfermedades crónicas no transmisibles, como las neoplasias (26.8%), enfermedades del sistema circulatorio (13.7%) y otras enfermedades crónicas ocasionaron un porcentaje ligeramente mayor en relación a las enfermedades transmisibles como enfermedades del aparato respiratorio del sistema digestivo. El 2.6 % de muertes durante el embarazo parto y puerperio tiene que ver con los problemas priorizados como objetivos de Desarrollo Sostenible como acción prioritaria es el de poner fin a la mortalidad materna prevenible, cuya meta para el 2030 es reducir la tasa de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos.

FIGURA 6
TASA DE MORTALIDAD DEL ESTUDIO POR GRUPOS DE EDAD POR
CADA 10.000 MUJERES EN EDAD FÉRTIL CIUDAD DE LA PAZ, PRIMER
SEMESTRE 2017



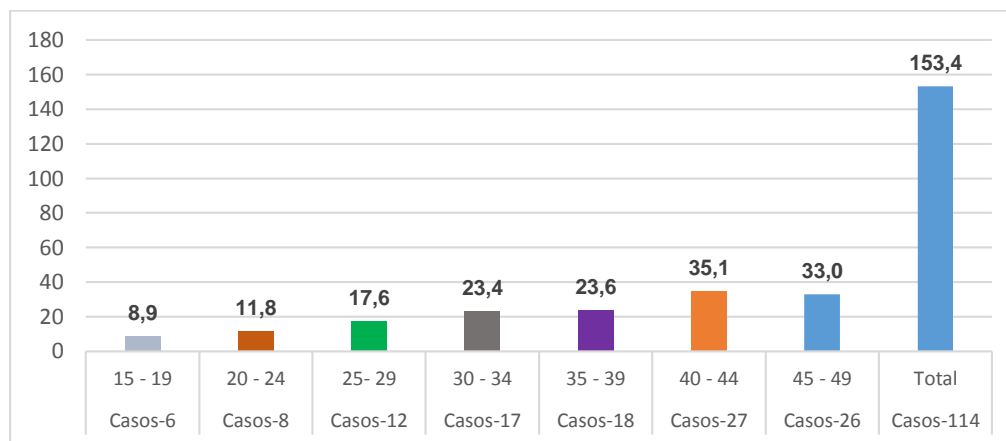
Fuente: Elaboración propia mediante datos extraídos de CEMED

La tasa de mortalidad en mujeres en edad fértil por grupos de edad convencionales, nos muestra que a mayor edad el riesgo de morir es mayor en relación a las mujeres jóvenes, es así que los grupos más afectados, son el de 40 a 44 años y de 45 y 49 años con 11 y 12 defunciones por cada 10.000 mujeres. Mientras que las mujeres que fallecieron en el grupo de 15 a 19 años es de 2 por cada 10.000 mujeres.

AÑOS POTENCIALES DE VIDA PERDIDOS (APVP)

Los APVP ilustran las pérdidas que experimenta una sociedad como consecuencia de las muertes de ciudadanos jóvenes y de fallecimientos prematuros, que para el caso de la presente investigación está representada por la esperanza de vida al nacer para el departamento de La Paz para el año 2017 es estimada en 75 años. La lógica en que están basados los APVP es que cuanto más prematura es la muerte, es decir, mientras más joven muere una persona en este caso antes de los 75 años, mayor es la pérdida de vida, calculada en años.

FIGURA 7
AÑOS POTENCIALES DE VIDA PERDIDOS POR GRUPOS DE EDAD
CIUDAD DE LA PAZ PRIMER SEMESTRE 2017

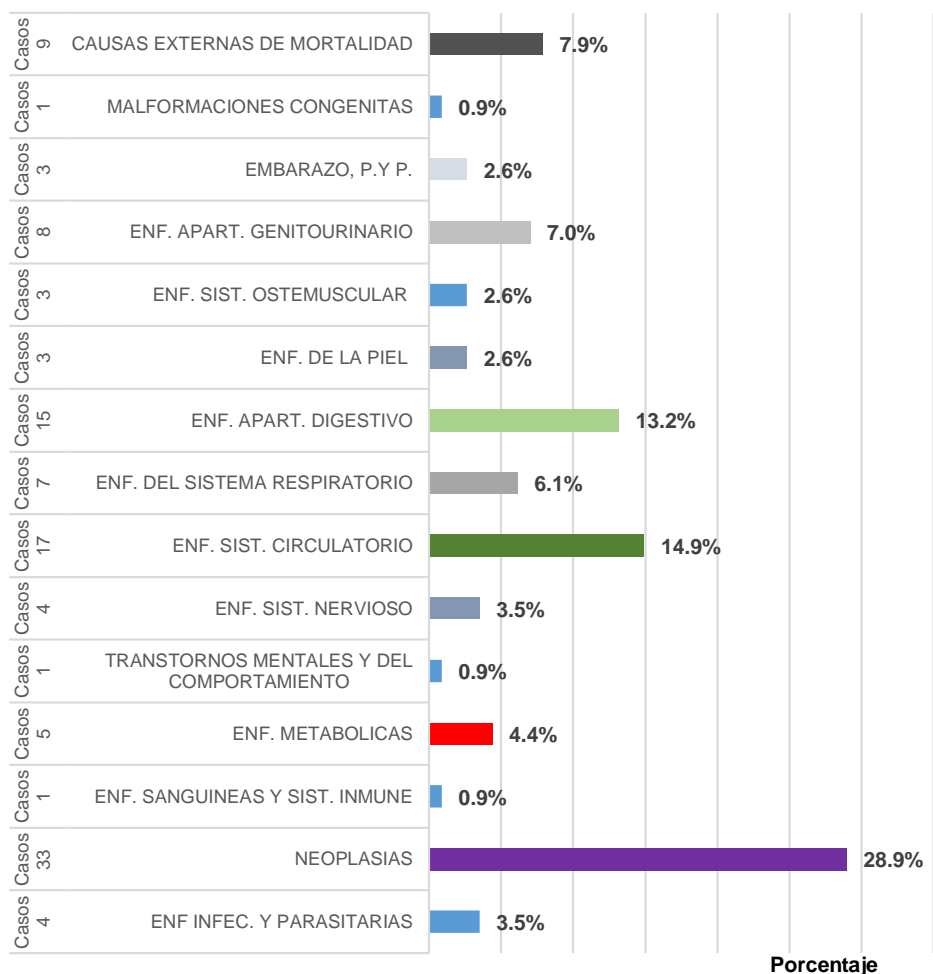


Fuente: Elaboración propia mediante datos extraídos de CEMED

Del total de casos de Mortalidad (114) el IAPVP muestra que se perdieron 153.4 años en las edades comprendidas de 15 a 49 años. Este grupo de edad corresponde al periodo fértil de mujeres y hombres, y constituye el grueso de la población laboral pero también dedicada a adquirir más conocimientos y destrezas.

El grupo de edad que más contribuyó fue el de 40 a 44 años con 35.1 años de vida perdido. Seguidamente del quinquenio comprendido de 45 a 49 con 33 años potenciales de vida perdidos. La tasa de APVP es de 20.3 años quiere decir que por cada 1000 mujeres de 15 a 49 años se perdieron 20.3 años de vida por diferentes causas de defunción. No obstante, el desplazamiento de la mortalidad hacia edades cada vez mayores, casi la mitad de los decesos fueron prematuros, es decir antes de los 75 años.

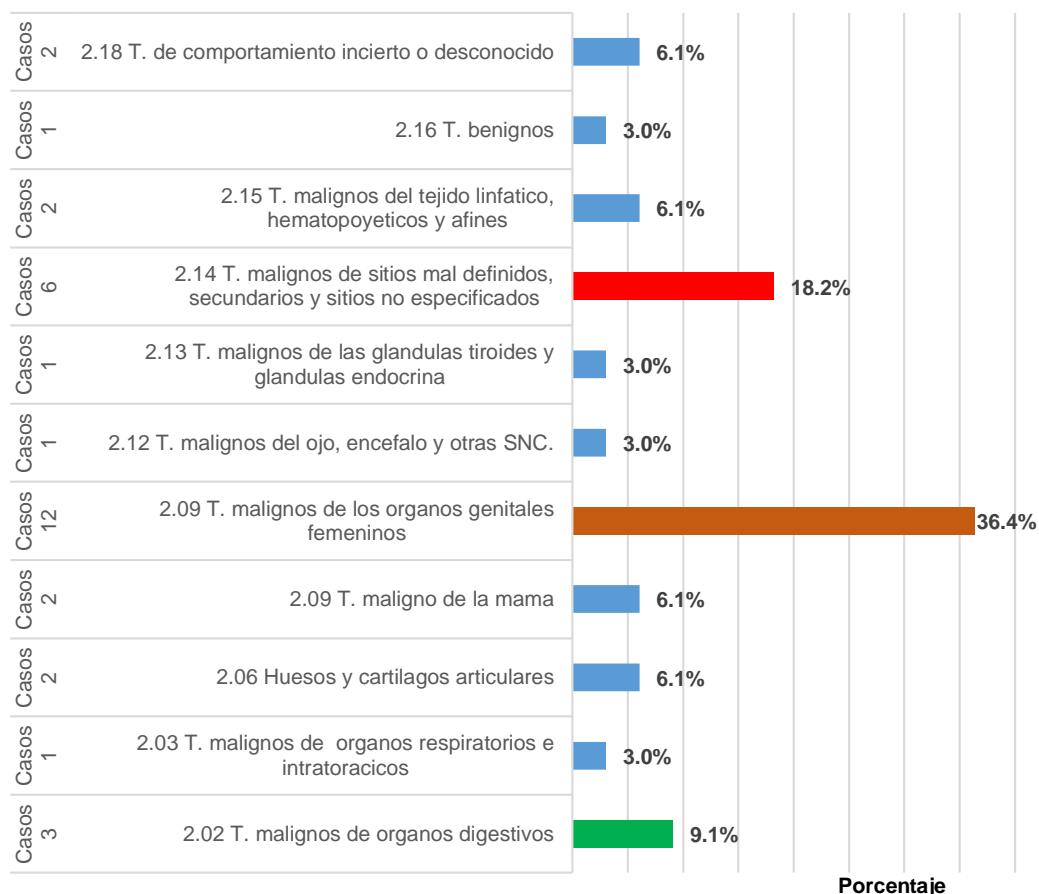
FIGURA 8
DISTRIBUCIÓN DE LAS CAUSAS DE MORTALIDAD EN MUJERES EN
EDAD FÉRTIL, CIUDAD DE LA PAZ PRIMER SEMESTRE 2017



Fuente: Elaboración propia mediante datos extraídos de CEMED

En razón a que las mujeres fallecen en edades cada vez mayores, los canceres y enfermedades cardiovasculares pesan cada vez más entre ellas. De 114 casos registrados en el CEMEUD en la ciudad de La Paz, se tiene como tres principales grandes grupos de mortalidad en primer lugar las enfermedades neoplásicas (33 casos) 28.9% seguido de las enfermedades del sistema circulatorio (17casos) 14.9%y las enfermedades del aparato digestivo (15 casos) 13.2%.

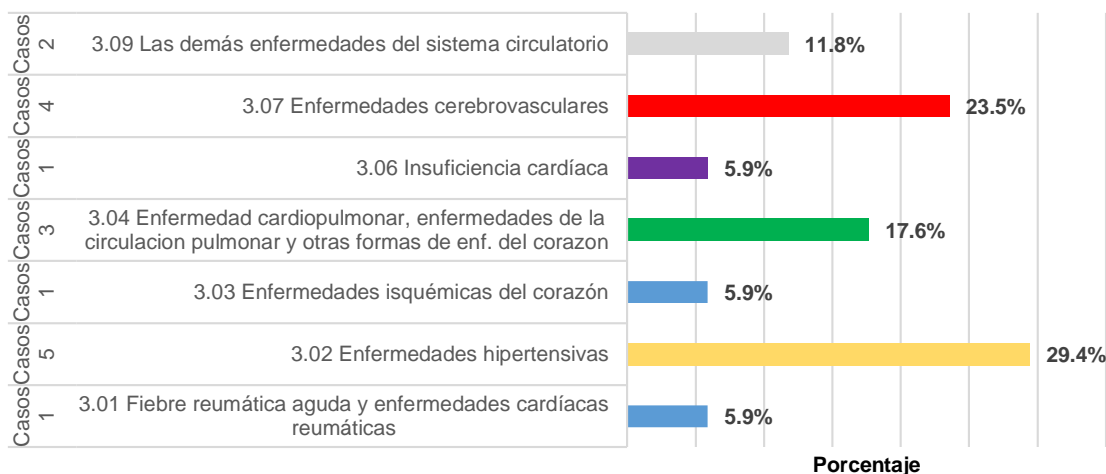
FIGURA 9
DISTRIBUCIÓN DE CASOS DE MORTALIDAD POR NEOPLASIAS EN
MUJERES EN EDAD FÉRTIL CIUDAD DE LA PAZ PRIMER SEMESTRE 2017



Fuente: Elaboración propia mediante datos extraídos de CEMED

Entre las Neoplasias como una de las primeras causas de fallecimiento en este grupo de estudio se tiene a los tumores malignos de los órganos genitales femeninos, como principal patología con un 36%, (12 casos) de fallecimientos. El segundo lugar está ocupado por tumores malignos de sitios mal definidos, secundarios y sitios no especificados de 18%; la tercera causa de mortalidad son los tumores de órganos digestivos con 9.1%.

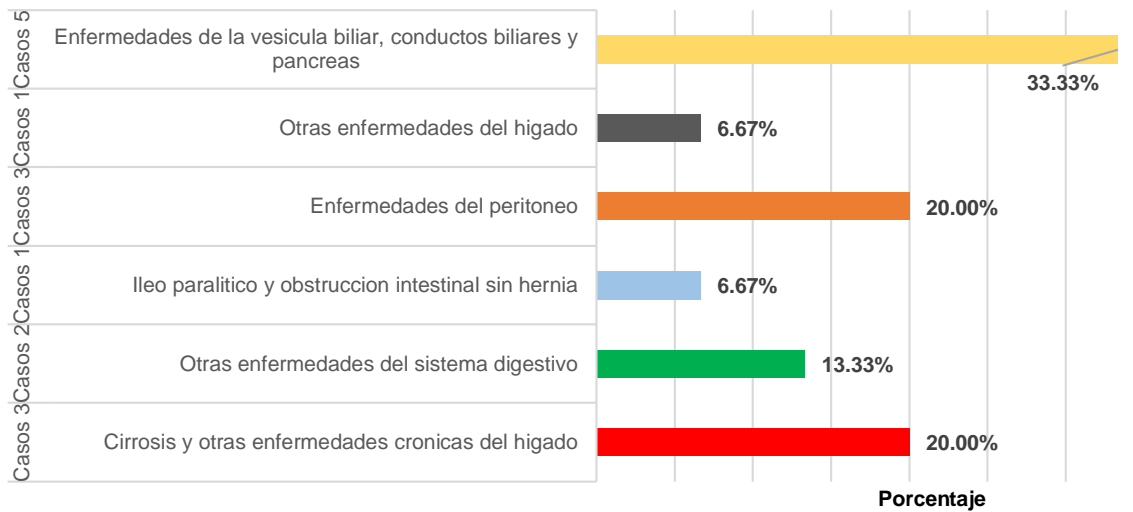
FIGURA 10
DISTRIBUCIÓN DE MORTALIDAD POR ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO, CIUDAD DE LA PAZ PRIMER SEMESTRE 2017



Fuente: Elaboración propia mediante datos extraídos de CEMED

Las enfermedades del sistema circulatorio representan, un espectro muy importante de la mortalidad por afecciones crónicas no transmisibles se tiene 17 casos en total, como primera causa las enfermedades hipertensivas 5 casos (29.4 %); La hipertensión arterial es el factor de riesgo de mayor impacto en la mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio. La importancia de la hipertensión arterial como problema de salud pública responde a dos hechos: (1) la enfermedad es asintomática en su etapa inicial y (2) afecta diversos órganos de la economía humana, en función del tiempo y la magnitud de la misma. Las enfermedades cerebrovasculares 4 casos (23.5%) Se trata de diferentes afecciones que va desde la hemorragia, el infarto cerebral, hasta los aneurismas. No constituye causa básica de defunción porque su ocurrencia depende de la presencia de enfermedades previas en especial hipertensión arterial y aterosclerosis. En tercer puesto se encuentra las enfermedades cardiopulmonares, enfermedades de la circulación pulmonar y otras formas de enfermedad del corazón 3 casos 17.6%.

FIGURA 11
DISTRIBUCIÓN DE MORTALIDAD POR ENFERMEDADES DEL APARATO
DIGESTIVO EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL CIUDAD DE LA PAZ PRIMER
SEMESTRE 2017

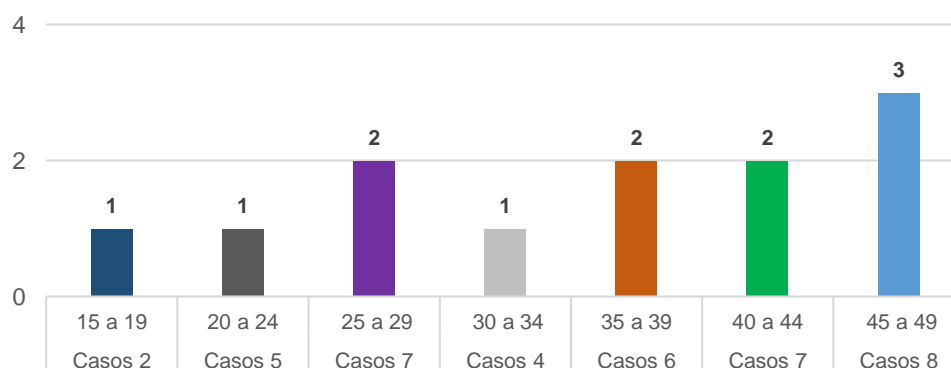


Fuente: Elaboración propia mediante datos extraídos de CEMED

En la figura 11 se muestra que de los 15 casos de mortalidad por enfermedades del aparato digestivo 5 casos (33.3%) son por enfermedades de la vesícula biliar, conductos biliares y páncreas. Y comparten el segundo lugar la cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado y enfermedades del peritoneo 3 casos cada uno (20%).

ANÁLISIS DE MORTALIDAD EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL CIUDAD DE EL ALTO ENERO PRIMER SEMESTRE 2017

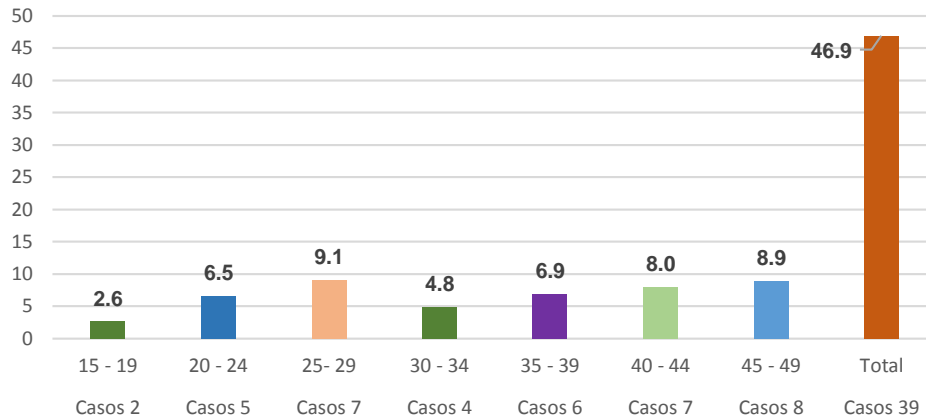
FIGURA 12
TASA DE MORTALIDAD EN EL ESTUDIO POR GRUPOS DE EDAD EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL DE LA CIUDAD DE EL ALTO, PRIMER SEMESTRE 2017



Fuente: Elaboración propia mediante datos extraídos de CEMED

La tasa de mortalidad en mujeres en edad fértil por grupos de edad, refleja que los grupos más afectados son el de 45 a 49 años, con 3 muertes por Cada 10.000 mujeres y el quinquenio comprendido de (25 a 29); (35 a 39) y (40 a 44) años con 2 defunciones por cada 10.000 mujeres.

FIGURA 13
ÍNDICÉ DE AÑOS POTENCIALES DE VIDA PERDIDOS POR GRUPOS DE EDAD
CIUDAD DE EL ALTO PRIMER SEMESTRE 2017

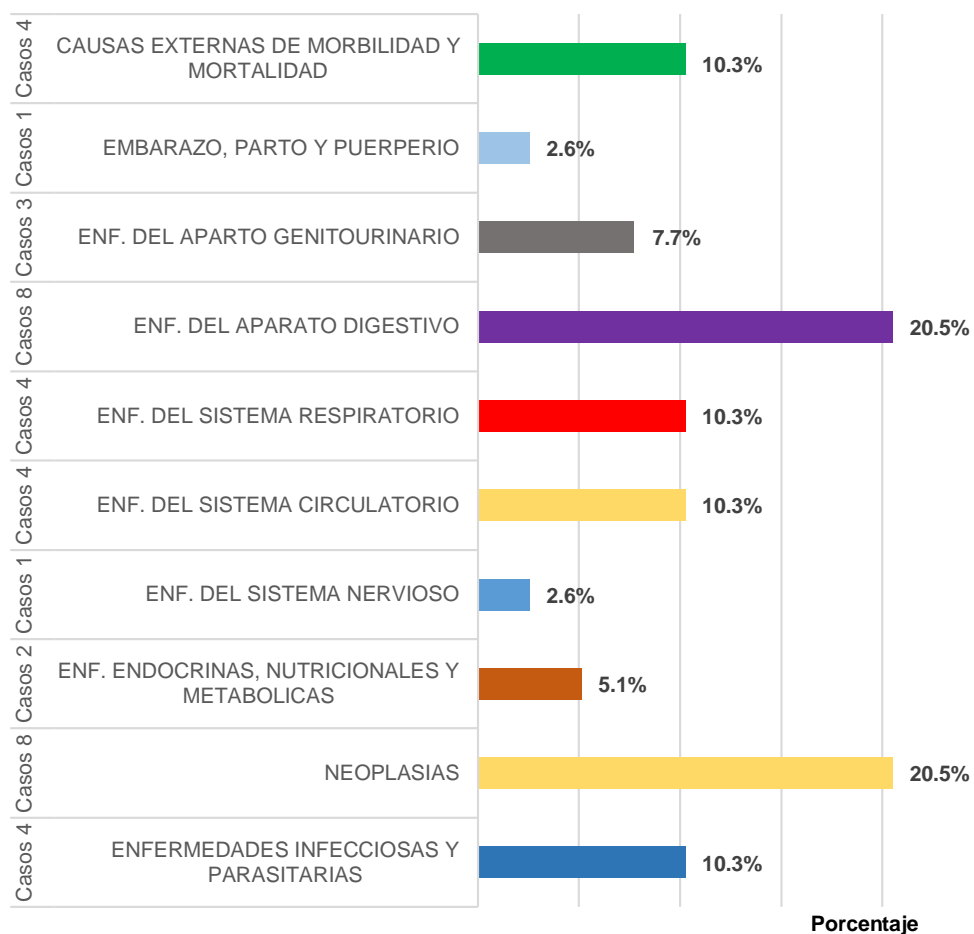


Fuente: Elaboración propia mediante datos extraídos de CEMED

Del total de casos de Mortalidad (39) el IAPVP muestra que se perdieron 46.9 años en las edades comprendidas de 15 a 49 años.

El grupo de edad que más contribuyó fue el de (25 a 29 años) con 9.1 años de vida productiva potencial perdida. Seguidamente del quinquenio comprendido de (45 a 49) con 8.9 años potenciales de vida perdidos. La mirada epidemiológica permite resaltar la disminución de la edad promedio al morir que a diferencia de la ciudad de La Paz, esta edad está comprendida entre (40 a 44) años y (45 a 49 años)

FIGURA 14
DISTRIBUCIÓN DE LAS CAUSAS DE MORTALIDAD EN MUJERES EN
EDAD FÉRTIL EL ALTO PRIMER SEMESTRE 2017
 CODIFICACIÓN DE ACUERDO AL CIE 10

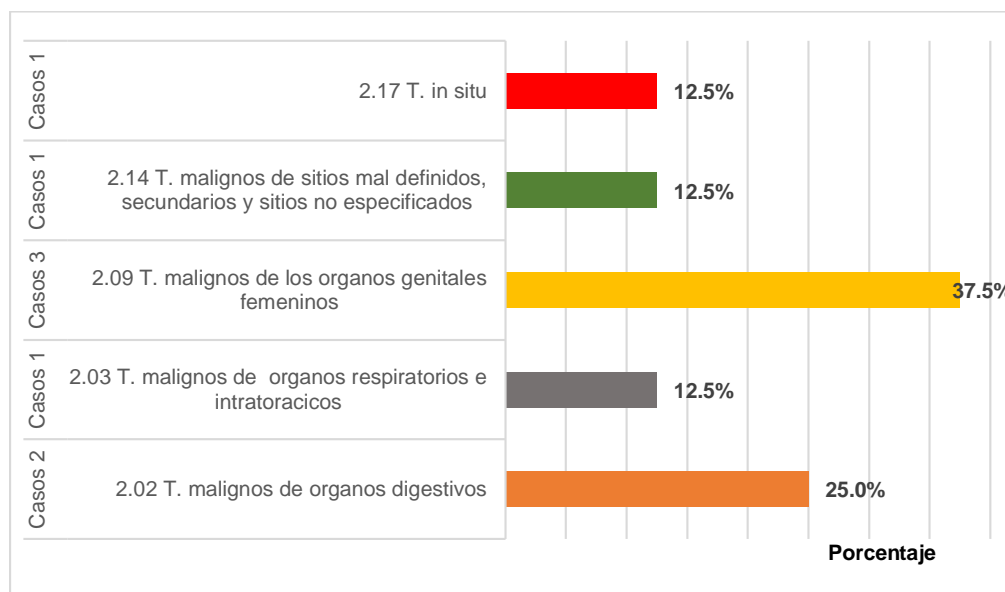


Fuente: Elaboración propia mediante datos extraídos de CEMED

Figura 14 muestra que de 39 casos de mortalidad de mujeres en edad fértil ocupan el primer lugar las neoplasias y las enfermedades del aparato digestivo con 8 casos que representa el (20.5%).

El segundo lugar la enfermedades infecciosas y parasitarias, enfermedades del sistema circulatorio, enfermedades del sistema respiratorio y las causas externas de morbilidad y mortalidad con 4 casos cada patología (10.3%).

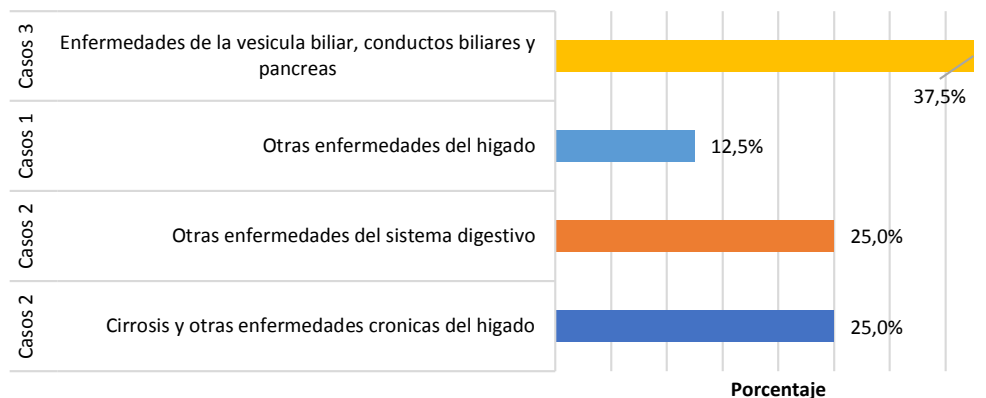
FIGURA 15
DISTRIBUCIÓN DE CASOS DE MORTALIDAD POR NEOPLASIAS EN
MUJERES EN EDAD FÉRTIL CIUDAD DE EL ALTO PRIMER SEMESTRE
2017



Fuente: Elaboración propia mediante datos extraídos de CEMED

La Figura 15 Al igual que en la ciudad de La Paz, muestra que la mortalidad por neoplasias se encuentra en un alto porcentaje 37,5% los decesos por tumores malignos de los órganos genitales femeninos con 37,5 %. Los tumores malignos de órganos digestivos con (25%)

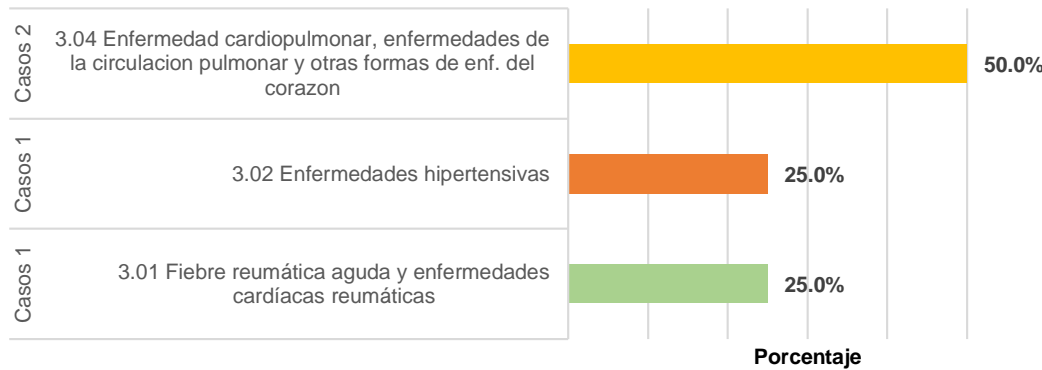
FIGURA 16
DISTRIBUCIÓN DE MORTALIDAD POR ENFERMEDADES DEL APARATO
DIGESTIVO EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL CIUDAD DE EL ALTO PRIMER
SEMESTRE 2017



Fuente: Elaboración propia mediante datos extraídos de CEMED

La Figura 16 se observa que la mortalidad por enfermedades de la vesícula biliar y conductos biliares ocupa el primer lugar con 37.5% seguida por enfermedades del sistema digestivo y enfermedades crónicas del hígado con 25%. Estos datos son similares a los datos registrados en la ciudad de La Paz, donde el mayor porcentaje de mortalidad, es de mortalidad por enfermedades de vesícula biliar y conductos biliares.

FIGURA 17
DISTRIBUCIÓN DE MORTALIDAD POR ENFERMEDADES DEL SISTEMA
CIRCULATORIO DE MUJERES EN EDAD FÉRTIL CIUDAD DE EL ALTO PRIMER
SEMESTRE 2017

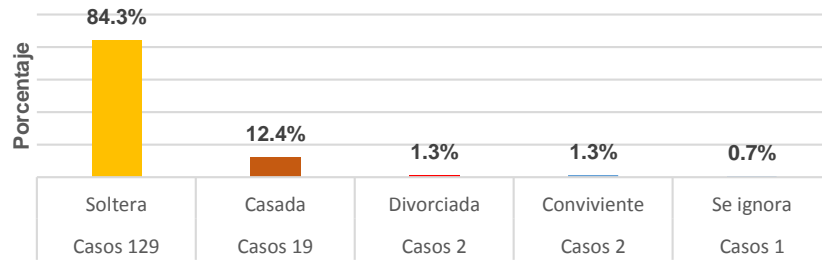


Fuente: Elaboración propia mediante datos extraídos de CEMED

La figura 17 A diferencia de la ciudad de La paz, donde las enfermedades hipertensivas ocupan el primer lugar. En la ciudad de El Alto muestra que el 50% de mujeres fallecieron por enfermedades de la circulación pulmonar y otras formas de enfermedades del corazón, 25% fallecieron por enfermedades hipertensivas y fiebre reumática aguda y enfermedades cardíacas reumáticas.

A pesar de no tener los datos de la edad de fallecimiento por esta patología sabemos que la fiebre reumática es la enfermedad del sistema circulatorio que mata más temprano debido a que el cuadro agudo es más frecuente, entre los 5 y 15 años, a partir de ahí la complicación cardíaca está presente desde temprana edad.

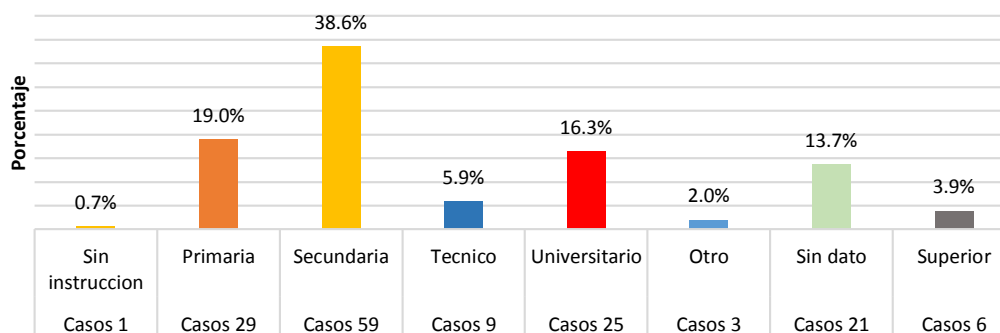
FIGURA 18
DISTRIBUCIÓN DE MORTALIDAD DE MUJERES EN EDAD FÉRTIL SEGÚN
ESTADO CIVIL CIUDADES DE LA PAZ Y EL ALTO, PRIMER SEMESTRE
2017



Fuente: Elaboración propia mediante datos extraídos de CEMED

Las mujeres como consecuencia del embarazo sufren diferentes cambios emocionales y ocurre con diversa gravedad y puede darse por la presencia del esposo o pareja cuando este es maltratador como por su ausencia por que muchas mujeres enfrentan el embarazo y parto solas. En la variable de estado civil de las mujeres que fallecieron en edad fértil muestra que el 84% eran solteras, existe un mayor riesgo de morir en mujeres solteras en comparación con las casadas que tiene 12.4%, divorciada y conviviente con el 1.3%. El porcentaje de mujeres solteras que fallecieron es el doble del de casadas.

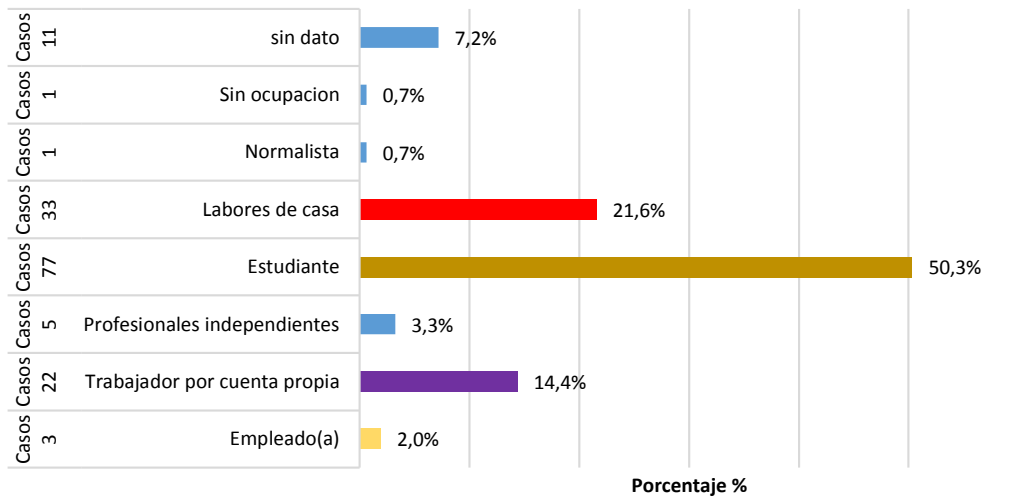
FIGURA 19
DISTRIBUCIÓN DE MORTALIDAD EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL SEGÚN
GRADO DE INSTRUCCIÓN CIUDADES DE EL ALTO Y LA PAZ PRIMER
SEMESTRE 2017



Fuente: Elaboración propia mediante datos extraídos de CEMED

La educación de la mujer está muy ligada a las condiciones sociales y económicas de su familia de origen y después a las que ella accede. Una Madre bien instruida podrá tener conocimientos, actitudes y practicas favorables en salud. La figura 19 muestra en relación al nivel de instrucción, una constante son los bajos niveles educativos de muchas de las mujeres que fallecieron llegaron a un grado de instrucción secundaria un 38.6%; con educación primaria el 19.0%; con instrucción universitario 16.3%. que tiene mucha relación con la mortalidad en países en desarrollo y los bajos niveles de instrucción.

FIGURA 20
DISTRIBUCIÓN DE MORTALIDAD EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL SEGÚN
OCUPACIÓN CIUDADES DE EL ALTO Y LA PAZ PRIMER SEMESTRE 2017

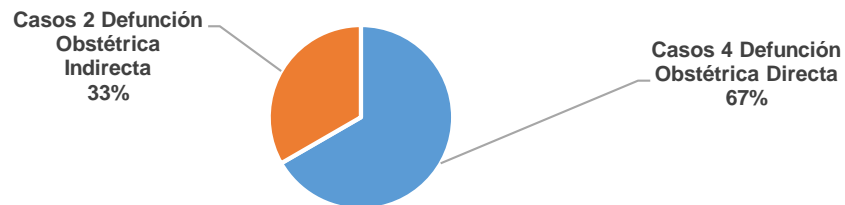


Fuente: Elaboración propia mediante datos extraídos de CEMED

En la figura 20. Se observa que de las 153 mujeres que fallecieron en los cementerios de las ciudades de La Paz y El Alto el 50.3% tenían la ocupación de estudiantes; El 21.6% tenían la ocupación de labores de casa; y 14.4% se desempeñaban en trabajos por cuenta propia. El alto porcentaje de estudiantes no se ve reflejado en el grado de instrucción que se reportaron en los CEMED.

MORTALIDAD MATERNA

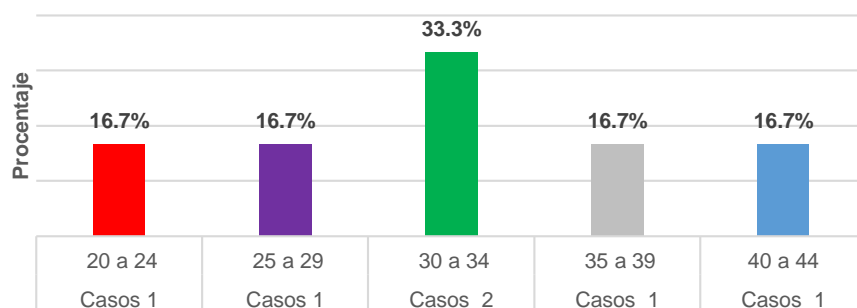
FIGURA 21
MORTALIDAD MATERNA EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL, CIUDADES DE LA PAZ Y EL ALTO, PRIMER SEMESTRE 2017



Fuente: Elaboración propia mediante datos extraídos de CEMED

En el departamento de La Paz, de acuerdo con la información del Sistema Nacional de Información de Salud (SNIS), desde el 2008 al presente, las muertes maternas se concentran en zonas urbanas, principalmente en la ciudad de La Paz, seguida de El Alto. Se tiene 6 casos de Mortalidad Materna de los cuales (66.7%) ocurrieron durante el embarazo parto y puerperio; De 2 casos que fallecieron por causa obstétricas indirectas, una mujer falleció después de 43 días posteriores al parto... 1 caso fallece por infarto agudo de miocardio durante el embarazo.

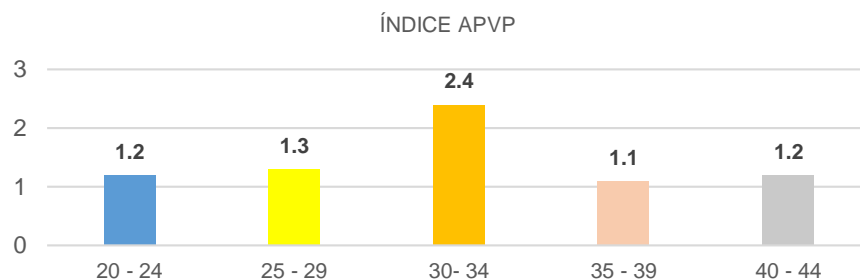
FIGURA 22
MORTALIDAD MATERNA SEGÚN GRUPOS DE EDAD EN MUJERES EN
EDAD FÉRTIL, CIUDAD DE LA PAZ Y EL ALTO, PRIMER SEMESTRE 2017



Fuente: Elaboración propia mediante datos extraídos de CEMED

Figura 22. En concordancia con las estadísticas Nacionales la mayoría de las muertes maternas sigue presentándose en edades entre 20 a 39 años. Es así que el grupo de edad en que se presentó una mayor frecuencia de mortalidad materna es la de 30 a 34 años se presentaron (33.3%). Según la información proveniente de SEDES, de manera general se observa una proporción mayor de muertes maternas en mujeres menores de 30 años. En el departamento de La Paz.

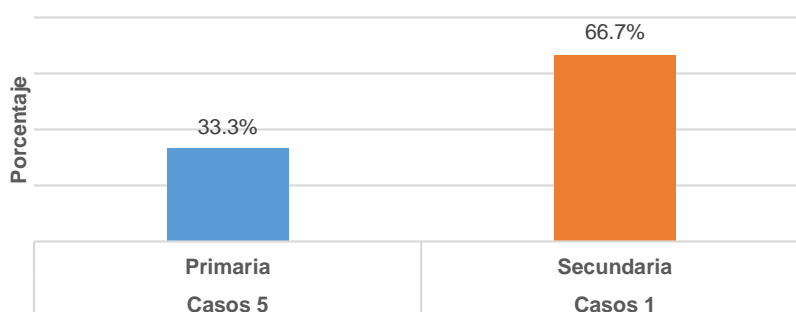
FIGURA 23
MORTALIDAD MATERNA, CALCULO DE LOS APVP POR GRUPOS DE
EDAD, CIUDADES DE LA PAZ Y EL ALTO, PRIMER SEMESTRE 2017



Fuente: Elaboración propia mediante datos extraídos de CEMED

La figura 23. que muestra el índice de años potenciales de vida perdidos se observa que en las edades comprendidas de 20 a 44 años se perdieron 1.2 años y el quinquenio en el que se perdió más años es el comprendido entre 30 a 34 años con 2.4 años de vida perdidos.

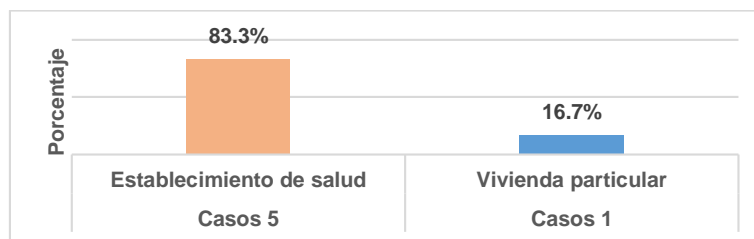
FIGURA 24
MORTALIDAD MATERNA SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN PRIMER
SEMESTRE 2017 CIUDADES DE LA PAZ Y EL ALTO



Fuente: Elaboración propia mediante datos extraídos de CEMED

La figura 24 Muestra que hay mujeres con instrucción secundaria, su aporte porcentual a las muertes maternas es de (66.7%); con instrucción primaria el 33.4% el (33.4 %)

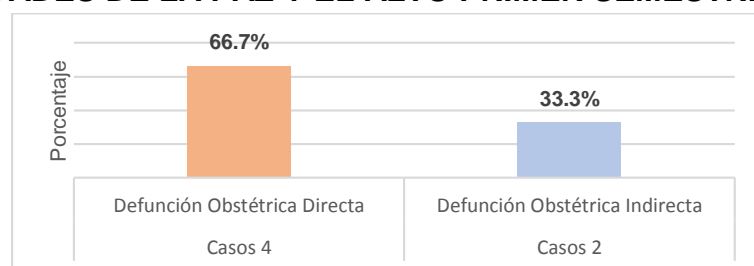
FIGURA 25
MORTALIDAD MATERNA SEGÚN LUGAR DE DEFUNCIÓN PRIMER
SEMESTRE 2017



Fuente: Elaboración propia mediante datos extraídos de CEMED

La figura 25 Muestra que según lugar de defunción durante el embarazo y puerperio hubo mayor acceso a servicios de salud con un (85.3%). El (16.6%) fallece en vivienda.

FIGURA 26
MORTALIDAD MATERNA SEGÚN MOMENTO DE FALLECIMIENTO
CIUDADES DE LA PAZ Y EL ALTO PRIMER SEMESTRE 2017



Fuente: Elaboración propia mediante datos extraídos de CEMED

La figura 26 muestra que según el momento del fallecimiento de mujeres 4 fallecieron (66.7%) por causas obstétricas directas 1 caso por eclampsia severa en el embarazo; 1 caso por eclampsia severa en el puerperio; 1 caso por embarazo abdominal que es una complicación obstétrica; 1 caso complicaciones cardiacas de la anestesia administrada durante el puerperio. La mortalidad materna indirecta tiene un porcentaje de (33.3%)1 de los casos falleció por meningitis tuberculosa y el otro fallece por insuficiencia cardiaca.

RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA EN EL ESTUDIO DE MORTALIDAD DE MUJERES EN EDAD FERTIL.

Número de defunciones por causas propias del embarazo parto y puerperio es de: 6

Nacidos vivos para el año 2017 según el INE es de: 23.684

$$6/23.684 \times 100.000 = 25.3$$

Por cada 100.000 nacidos vivos fallecen 25 mujeres por causas propias del embarazo parto y puerperio, en el presente estudio.

TABLA 1
MORTALIDAD MATERNA SEGÚN CAUSA DE MUERTE, CIUDADES DE LA PAZ Y EL ALTO, PRIMER SEMESTRE 2017

LISTA REDUCIDA DE CAUSAS DE MUERTE CIE - 10		ESTABA EMBARAZADA EN EL MOMENTO DE MORIR?		TOTAL
		Embarazo	43 días a 11 meses después del parto o aborto	
Tuberculosis, Inclusive secuelas	Recuento	0	1	1
	%	0.0%	100.0%	16.7%
Infarto agudo de miocardio	Recuento	1	0	1
	%	20.0%	0.0%	16.7%
Embarazo, parto y puerperio	Recuento	4	0	4
	%	80.0%	0.0%	66.7%
Total	Recuento	5	1	6
	%	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: Elaboración propia mediante datos extraídos de CEMED

La Tabla 1 es más específica donde se observa que solo 4 mujeres fallecieron por alguna causa directa durante el embarazo, parto y puerperio que son las defunciones obstétricas directas.

Las Defunciones obstétricas indirectas que resultan de complicaciones obstétricas del embarazo parto y puerperio, de intervenciones, de omisiones, de

tratamiento incorrecto, o de una cadena de acontecimientos originada en cualquiera de las circunstancias mencionadas. se tiene 1 caso de muerte por tuberculosis 43 días después del parto; 1 caso fallece por infarto agudo de miocardio durante el embarazo.

Es importante resaltar que algunas intervenciones han venido impactando positivamente en la salud materna. Entre ellas el aumento en las coberturas de atención prenatal, la atención calificada del parto y el parto en servicio.

En cinco años el porcentaje de partos atendidos por personal médico se ha incrementado del 56% al 66% en todo el país, aunque con grandes diferencias por área de residencia (87% urbano – 48% rural) y nivel de educación (35% sin educación y 97% con educación superior).

Sin embargo, el acceso y uso de métodos anticonceptivos no registraron un aumento. Vale la pena recordar que la anticoncepción es un derecho de las personas y una de las acciones que han demostrado su efectividad en la prevención y reducción de la morbilidad materna, por lo que sería necesario analizar las razones de este estancamiento.

A partir del ámbito formal, en la Constitución Política del Estado se reconoce el derecho a la maternidad segura de las mujeres, con una visión intercultural. Al mismo tiempo el Estado asume la responsabilidad de proteger a las mujeres en los periodos de prenatal, parto y post natal. (Art. 45), ello ligado al Art. 66 que reconoce y garantiza los derechos sexuales y derechos reproductivos de mujeres y hombres.

Se destacan también: El Plan Estratégico Nacional para Mejorar la Salud Materna Perinatal y Neonatal en Bolivia 2009 2015, el Plan Estratégico Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2009-2015, el Bono Juana Azurduy, entre otros.

TABLA 2
MORTALIDAD POR NEOPLASIAS EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL POR
GRUPOS DE EDAD CIUDADES DE LA PAZ Y EL ALTO PRIMER SEMESTRE
2017

NEOPLASIAS		GRUPOS DE EDAD EN AÑOS			TOTAL
		DE 25 A 29	DE 30 A 34	DE 35 A 39	
2.02 T. malignos de órganos digestivos	Recuento	0	3	2	5
	%	0.0%	17.6%	9.1%	12.2%
2.03 T. malignos de órganos respiratorios e intratorácicos	Recuento	1	0	1	2
	%	50.0%	0.0%	4.5%	4.9%
2.06 Huesos y cartílagos articulares	Recuento	0	1	1	2
	%	0.0%	5.9%	4.5%	4.9%
2.09 T. maligno de la mama	Recuento	0	1	1	2
	%	0.0%	5.9%	4.5%	4.9%
2.09 T. malignos de los órganos genitales femeninos	Recuento	1	5	9	15
	%	50.0%	29.4%	40.9%	36.6%
2.12 T. malignos del ojo, encéfalo y otras SNC.	Recuento	0	0	1	1
	%	0.0%	0.0%	4.5%	2.4%
2.13 T. malignos de las glándulas tiroideas y glándulas endocrina	Recuento	0	0	1	1
	%	0.0%	0.0%	4.5%	2.4%
2.14 T. malignos de sitios mal definidos, secundarios y sitios no especificados	Recuento	0	4	3	7
	%	0.0%	23.5%	13.6%	17.1%
2.15 T. malignos del tejido linfático, hematopoyéticos y afines	Recuento	0	2	0	2
	%	0.0%	11.8%	0.0%	4.9%
2.16 T. benignos	Recuento	0	0	1	1
	%	0.0%	0.0%	4.5%	2.4%
2.18 T. de comportamiento incierto o desconocido	Recuento	0	1	1	2
	%	0.0%	5.9%	4.5%	4.9%
2.17 T. in situ	Recuento	0	0	1	1
	%	0.0%	0.0%	4.5%	2.4%

Fuente: Elaboración propia mediante datos extraídos de CEMED

En la tabla 2 la distribución por grupos de edad en relación a las causas de mortalidad por neoplasias se observa que la carga de mortalidad por Tumores malignos de los órganos genitales femeninos se encuentra en la edad comprendida de (35 a 39 años) en segundo lugar está en el grupo de edad de (30 a 34 años) y un solo caso en la edad de 25 a 29 años. En relación a las edades comprendidas de 15 a 19 años y 20 a 24 años no se presentaron casos de mortalidad por neoplasias.

10. DISCUSIÓN

El análisis presentado plantea una visión global que busca evaluar la situación de mortalidad de las mujeres en edad fértil de la ciudad de La Paz y El Alto.

Debido a la agrupación etarea de la base de datos empleada, la población en edad fértil está conformada por mujeres de entre 15 a 49 años.

- Los resultados obtenidos muestran que la mortalidad de las mujeres en edad fértil que fueron registrados en los cementerios de la ciudad de La Paz es mayor en relación a la ciudad de El Alto que muestra un sesgo de población, no se puede concluir que existe mayor mortalidad en la ciudad de La Paz. Y por ende la ocurrencia de pocos fallecimientos es consecuencia de la poca cantidad de certificados en la ciudad de El Alto.
- En relación al lugar de ocurrencia de mortalidad en mujeres. Los datos están mostrando una mayor mortalidad en domicilio sin atención médica durante la enfermedad, como se puede observar en la publicación de “La mortalidad Materna, una Problemática de impacto social y vulneración de derechos humanos” donde los datos indican que la muerte materna ocurre más en domicilio 42% y 21. 37% en un establecimiento de salud.⁽³⁾

Permite no solo distinguir las condiciones de desigualdad en las que se desenvuelve la salud de las mujeres y del insuficiente acceso a los servicios de salud.

“Uno de los datos de conclusión de Los ODS es que solo la mitad de las mujeres en las regiones en desarrollo reciben la cantidad recomendada de atención medica que necesitan.” El objetivo 3 de los ODS el punto 3.7 indica que para el 2030 se garantice el acceso universal a los servicio de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación de la familia, información y educación y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales”⁽³²⁾

En relación con la atención recibida durante la enfermedad y si el profesional que atendió fue el que extendió el certificado de defunción tampoco se tiene un reporte adecuado, ya sea porque en ocasiones se las deja en blanco.

Como se comprenderá, esta situación plantea dudas sobre la confiabilidad de este tipo de certificación, incluida la extendida por los médicos forenses cuando ellos no pueden realizar la autopsia de ley por negativa de los familiares o porque en ese momento no estaban dadas las condiciones. ⁽²⁾

“El diagnóstico de las causas biológicas de defunción tiene que ver básicamente con dos aspectos:

1) Con el proceso mórbido en sus diferentes manifestaciones (causa básica, causa directa, causa concomitante) y 2) con la integración de ese proceso en la mente del médico, a partir del método clínico, basado a su vez en el método científico.

Sin embargo, el segundo aspecto puede resultar afectado por varias situaciones como ser: a) Cuando la certificación está a cargo de un profesional que no conoce a la persona que ha fallecido; b) por la duración prolongada de la afección, que puede hacer perder de vista la causa que desencadenó el proceso; c) por desconocimiento de la importancia de los registros de mortalidad y finalmente; d) por desconocimiento de la forma de llenado de CEMEUD” ⁽²⁾

- La estructura de la mortalidad en mujeres revela que las afecciones crónicas no transmisibles como las neoplasias, las afecciones cardiovasculares crónicas determinan la defunción en un alto porcentaje. Este tipo de estructura de la mortalidad, tiene el propósito de sacar a la luz el peso que tienen las causas crónicas en la mortalidad general y muchas de estas patologías pueden ser detectadas con anterioridad. Y las enfermedades que podrían considerarse agudas, entre infecciosas y

demás causa tienen menor peso.

En el caso de los cánceres, de acuerdo con la información, sin distinguir los órganos específicos de afectación, parece que la situación en La Paz y El Alto es similar a la observada en otros países latinoamericanos. Sin embargo, el examen de causas específicas señala que la mortalidad por tumores de órganos genitales femeninos es mayor seguida por los tumores de órganos digestivos y vías biliares.

Como en el estudio de “La Mortalidad de la mujeres en edad fértil causas maternas, cánceres violencia y más” ⁽²⁾, donde se compara la mortalidad por cáncer en México en relación a otros países de acuerdo a la información sin distinguir los órganos específicos de afectación es similar a la observada internacionalmente. Sin embargo las causas específicas señala que en el caso de cáncer estomacal y cervicouterino indican un riesgo de fallecer por estas patologías entre dos y tres veces superior respecto a los registrados en otros países”.

La información sobre enfermedades del sistema circulatorio en las ciudades de La Paz y El Alto señala que la mortalidad entre mujeres en edad fértil se destaca las enfermedades hipertensivas y cerebrovasculares en La Paz y en la ciudad de El Alto las enfermedades de la circulación pulmonar, enfermedades hipertensivas y enfermedades cardíacas reumáticas. “Respecto a las enfermedades del sistema circulatorio y específicamente para enfermedad cerebrovascular señala que en México la mortalidad entre mujeres en edad fértil es similar a la observada en los demás países considerados excepto Suecia que para esta patología, muestra niveles muy por debajo de los nacionales. ⁽²⁾

Para las enfermedades del aparato digestivo la información de la ciudad de La Paz y El Alto muestra que las enfermedades de la vesícula biliar y conductos biliares y páncreas ocupan el primer lugar seguida por las enfermedades crónicas del hígado y cirrosis

- “En los últimos 10 años, y posiblemente desde antes está en proceso

una transición demográfica caracterizada por una reducción cada vez mayor de defunciones entre los niños y jóvenes, y una concentración de decesos a partir de los 55 años, más un proceso inicial de envejecimiento de la población ⁽²⁾

No obstante, el desplazamiento de la mortalidad hacia edades cada vez mayores, estos decesos que se presentaron en el estudio fueron prematuros es decir antes de los 75 años.

- Generalmente se opta por APVP 65 que define la muerte prematura antes de los 65 años sin embargo también debe promoverse el uso de las edades 75 años a medida que aumenta la longevidad ya que si no se cuentan las edades después de los 65 años se está ignorando la carga de enfermedades crónicas sobre la población y probablemente se reduce la variación observada entre poblaciones.

La lógica en que están basados los APVP es que cuanto más prematura es la muerte, es decir, mientras más joven muere una persona en este caso antes de los 75 años, mayor es la pérdida de vida, calculada en años.

- El estudio de Macara Studzinska y col. Menciona que existe una correlación entre el nivel educativo, el estado civil, la ocupación y la violencia durante el embarazo. Informaron que la mayoría de las violentadas tenían estudios primarios, mientras que las que no lo habían sido tenían un nivel de formación superior, siendo más frecuente en las mujeres que no estuvieron casadas ⁽³³⁾

En el estudio se observa que las mujeres solteras son las que más fallecieron con un 84%, similar al estudio de Macara Studzinska que menciona que las mujeres que no estuvieron casadas son las que más sufren violencia y fallecimiento, las mujeres casadas fallecieron en un 12.4%, en el presente estudio no se relacionó la mortalidad de mujeres con violencia, educación y estado civil.

Las desigualdades en mortalidad según educación señalan que la carga

de mortalidad más alta esta en mujeres con educación secundaria, así como las nuevas dinámicas que contribuyen a aumentar los riesgos de fallecer de la población estudiada

- La Mortalidad materna es un indicador importante de la salud de la mujer, pese a los significativos progresos realizados, en 2013 alrededor de 9300 mujeres murieron por causas maternas. En América Latina y el Caribe la mortalidad materna se redujo en promedio un 40% entre 1990 y 2013 con una disminución de 133 a 77 por cada 100.000 nacidos vivos. Ningún país de la región estuvo en condiciones de alcanzar los objetivos del milenio de disminuir un 75% la mortalidad materna para 2015. ⁽³⁾ Actualmente una de las metas de los ODS para 2030 es reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos. Como meta nacional complementaria a 2030, ningún país debería tener una razón de Mortalidad Materna superior a 140 muertes por cada 100.000 nacidos vivos que es el doble de la meta mundial ⁽³²⁾

“En Bolivia para el año 2011, 538 mujeres murieron por complicaciones del embarazo parto y puerperio, y la Razón de mortalidad materna fue estimada en 160 por 100.000 nacidos vivos el 63% correspondía a muertes maternas directas y las principales causas fueron las hemorragias con el (59%) por retención placentaria y atonía uterina, seguidas de la hipertensión (19%), el aborto 1,3% y las infecciones (7%)”
⁽³⁾

En comparación con las defunciones registradas para el primer semestre del año 2009 donde se reportaron 8 casos de mortalidad materna con una razón de mortalidad de 82,8 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos.

Los casos de mortalidad materna en el estudio es un número reducido, no demuestra que existe una reducción de la mortalidad materna pese a los esfuerzos realizados tanto en salud y educación a nivel nacional.

También se puede añadir factores que dificultan el seguimiento y análisis de la mortalidad materna como la carencia de sistemas de información sanitaria y de registro adecuado de la mortalidad materna

11. AUDIENCIAS INTERESADAS EN LOS RESULTADOS

Es importante resaltar que algunas intervenciones han venido impactando positivamente en la salud materna. La Constitución Política del Estado se reconoce el derecho a la maternidad segura de las mujeres con una visión intercultural. Al mismo tiempo el estado asume la responsabilidad de proteger a las mujeres en los periodos prenatal parto y postnatal (art.45) ligado al (Art. 66) que reconoce y garantiza los derechos sexuales y derechos reproductivos de mujeres y hombres. Se destacan también: el Plan Estratégico Nacional para Mejorar la Salud Materna Perinatal y Neonatal en Bolivia 2009-2015, el Plan Estratégico Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2009-20015 El Bono Juana Azurduy entre otros. Deben continuar y alcanzar más áreas de intervención

- De acuerdo al nivel de jerarquía las instancias interesadas en el presente estudio son:
- El Ministerio de Salud y Deportes que es el ente Rector en Salud a Nivel Nacional. Este sería un insumo para profundizar la mortalidad de mujeres en edad fértil.
- El servicio Departamental de Salud Departamental que se encarga de la vigilancia de la salud y prevención de enfermedades.
- Organismos No Gubernamentales para la intervención oportuna en salud.
- La Honorable Alcaldía Municipal a nivel Departamental
- La Unidad de Post Grado de la Facultad de Medicina
- El Comité de Vigilancia de Mortalidad Materna y perinatal

12. CONCLUSIONES

- De los 153 casos de fallecimiento en mujeres en edad fértil, en el primer semestre de 2017 en la ciudad de la Paz existe un mayor registro de fallecimientos con 74,5% en relación a la ciudad de El Alto donde se registraron el 25,5% de muertes en mujeres en edad fértil, los decesos detectados se obtuvieron de un cementerio prados de ventilla.

- El 47,7% de mujeres falleció en su domicilio y solo el 44,4% tubo, la oportunidad de acceder a un servicio de salud.

El fallecimiento en domicilio, aunque en un porcentaje no muy marcado en relación a la mortalidad en los servicios de salud muestra que continua el disminuido acceso de las mujeres a los establecimientos de salud. A pesar de que se implementaron diferentes programas para mejorar la salud de la mujer, tiene relación con las tres demoras que inciden en la mortalidad la primera demora el tiempo que tarda la mujer y los familiares en acudir a un centro hospitalario, la segunda de mora tiempo que tarda en el traslado de la mujer desde su casa hasta un establecimiento de salud y la tercera demora que es atribuida al establecimiento de salud que retrasan la atención oportuna de las emergencias obstétricas.

La certificación de fallecimiento de mujeres en el CEMEUD tiene un porcentaje de 90,8% y los certificados emitidos en el Certificado forense de 9,2%.

- La estructura de la mortalidad valorada mediante la lista corta OPS 6/67 que agrupa las causas de defunción en seis grandes grupos revela que en la ciudad de La paz y el Alto de los 153 casos de mortalidad en mujeres se tiene a las Neoplasias como causa de muerte en mujeres en edad fértil con un 26.8%, seguida de las enfermedades del sistema circulatorio con 13,7% y las enfermedades del aparato digestivo con un 15,0%.

La distribución de causas de muerte en la ciudad de La Paz, está en primer lugar las neoplasias con 33 casos (28,9%) seguido por las enfermedades del sistema circulatorio 17 casos (14,9%) y las enfermedades del aparato digestivo 15 casos (13,2%). Dentro de la mortalidad por neoplasias se tiene 12 casos (36,4%) de mortalidad por tumores malignos de órganos genitales femeninos, seguidos por tumores de sitios mal definidos y sitios no especificados 6 casos (18,2%) y en tercer lugar los tumores malignos de órganos digestivos 3 casos (9,1%)

La mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio se tiene como primera causa de muerte a las enfermedades hipertensivas con 5 casos (29,4%); en segundo lugar, las enfermedades cerebrovasculares con 4 casos (23,5%); las enfermedades cardiopulmonares enfermedades de la circulación pulmonar y otras formas de enfermedad del corazón con 3 casos (17,6%).

Las causas más importantes del aparato digestivo se encuentran las enfermedades de la vesícula biliar, conductos biliares y páncreas con 5 casos (33,3%) seguidas por enfermedades del peritoneo, cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado con 3 casos cada uno (20%).

En la ciudad de El Alto con 39 casos de decesos, la distribución de causas de mortalidad de mujeres en edad fértil esta ocupados por las neoplasias y enfermedades del aparato digestivo con 8 casos cada uno (20,5%). seguidas por las enfermedades del sistema circulatorio, del sistema respiratorio, con 4 casos respectivamente (10,3%).

De los 8 casos de mortalidad por neoplasias en la ciudad de El Alto la primera causa es la muerte por tumores malignos de los órganos genitales femeninos con 3 casos (37,5%).

La mortalidad por enfermedades del aparato digestivo, se tiene a la cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado con 2 casos (25,0%).

Las enfermedades del sistema circulatorio que causaron muerte en mujeres de la ciudad de El Alto se tiene a la Enfermedad cardiopulmonar enfermedades de la circulación pulmonar y otras formas de enfermedad del corazón. Con 2 casos (50%).

En las ciudades de La Paz y El Alto la primera causa específica de mortalidad son las neoplasias de estas mujeres 38 (30,6%) recibieron atención médica, el grupo de edad más afectado por tumores malignos de órganos genitales femeninos es el comprendido entre 35 a 39 con 9 casos (40,9%) seguido por las edades de 30 a 34 con 5 casos (29,4%) y 25 a 29 años con 1 caso.

- En razón de que las mujeres fallecen más tarde, según datos del INE cuya esperanza de vida al nacer para las mujeres es de 75 años, en el departamento de La Paz, se observa que los grupos de edad donde se produjeron mayor fallecimiento es la edad comprendida entre 40 a 45 años con 12 defunciones por cada 10.000 mujeres que mueren por algún tipo de enfermedad en la ciudad de La Paz.

En la ciudad de El Alto los fallecimientos que registraron mayor tasa para el estudio están comprendidos en el grupo de edad de 45 a 49 años de 3 muertes por cada 10.000 mujeres fallecidas por alguna causa de enfermedad.

- El índice de años potenciales de vida perdidos en la mujer que muere en La Paz es 153.4 es decir que 153.4 años pierde cada mujer que muere por diferentes causas en las edades comprendidas de 15 a 49 años.

El grupo de edad que más contribuyó fue el de 40 a 44 años con 35.1 años potenciales de vida perdido. Seguido por el grupo de edad comprendido entre 45 a 49 con 33 años potenciales de vida perdidos.

Los APVP es muy alta, en promedio hay una pérdida de 20.3 años por cada mujer fallecida en las edades comprendidas de 15 a 49 años por diferentes causas

En la ciudad de El Alto el total de casos de Mortalidad (39) el IAPVP en la ciudad de El Alto muestra que se perdieron 46.9 años por cada mujer que fallece en las edades comprendidas de 15 a 49 años

Hay 2 picos en ascenso que coinciden con el grupo de edad de 25 a 29 años con 9.1 años de vida perdido. Seguidamente del quinquenio comprendido de 45 a 49 con 8.9 años potenciales.

- En la variable de estado civil de las mujeres que fallecieron en edad fértil muestra que el mayor porcentaje de fallecimiento se encuentra en las mujeres solteras (84%) casadas (12,4%);
Las mujeres que fallecieron llegaron a un grado de instrucción secundaria con 38.6%; con educación primaria el 19,0%; con instrucción universitario; 16,3 %
De las 153 mujeres que fallecieron en los cementerios de las ciudades de La Paz y El Alto el 50,3% tenían como ocupación principal estudiantes con 50,3%; El 21.6% tenían la ocupación de labores de casa; y 14,4% se desempeñaban en trabajos por cuenta propia.
- Según el (SNIS) las muertes maternas se concentran en zonas urbanas principalmente en la ciudad de La Paz, seguida de El Ato, en el estudio se tiene 6 casos de Mortalidad Materna de los cuales (66,7%) ocurrieron durante el embarazo parto y puerperio; de 2 casos que fallecieron por

causa obstétricas indirectas, una mujer falleció después de 45 días posteriores al parto, y el otro caso fallece por infarto agudo de miocardio durante el embarazo. Se considera defunción obstétrica indirecta que resultan de una enfermedad existente desde antes del embarazo, o de una enfermedad que evoluciona durante el mismo no debidas a causa obstétricas directas, pero si agravadas por los efectos fisiológicos del embarazo. Las Defunciones obstétricas indirectas que resultan de complicaciones obstétricas del embarazo parto y puerperio, de intervenciones, de omisiones, de tratamiento incorrecto, o de una cadena de acontecimientos. El grupo de edad en que se presentó una mayor frecuencia de mortalidad materna es la de 30 a 34 años con un (33,3%) según la información proveniente del SEDES de manera general se observa una proporción mayor de muertes maternas en mujeres menores de 30 años en el departamento de La Paz. Respecto al índice de años potenciales de vida perdidos la edad comprendida de 30 a 34 años tiene una pérdida de 2.4 años de vida perdidos

- La razón de mortalidad materna en el estudio es de 25,3 es decir que por cada 100.000 nacidos vivos fallecen 25,3 mujeres debidas a causas maternas.

De acuerdo a los datos obtenidos se concluye que, entre las principales causas de muerte de mujeres en edad fértil en los cementerios de la ciudad de La Paz, y El Alto de enero a junio de 2017 se tiene a los tumores o neoplasias de diferentes órganos con 41 casos (26,8%) y dentro de este grupo se tiene a los tumores malignos de órganos genitales femeninos con 15 casos. (36,6%) Los grupos de edad más afectados son las edades comprendidas de 35 a 39 años y la de 30 a 34 años dentro de las enfermedades del sistema circulatorio se tiene a las enfermedades hipertensivas como primera causa de fallecimiento. Dentro de las enfermedades digestivas ocupa el primer lugar las enfermedades de vías biliares y hepáticas.

13.RECOMENDACIONES

- Capacitar al personal de salud en el llenado adecuado y utilidad de los CEMEUD, CMP para así evitar el sub registro y proporcionar datos verídicos, además apoyar, las actividades de investigación permitir el acceso a la información y registro en CEMEUD en los diferentes cementerios
- Crear programas adecuados que se orienten a mejorar la calidad de vida de las mujeres ya que la mayoría de ellas no tienen acceso a un control médico, adecuado que evalúe el estado general de la paciente.
- Implementar intervenciones destinadas a diagnóstico temprano y tratamiento oportuno de las neoplasias, reducir riesgos para desarrollar enfermedades crónicas como la hipertensión arterial, enfermedades hepáticas y vías biliares.
- Implementar capacitación continua y oportuna al personal de salud para que tenga la competencia de monitoreo, diagnostico precoz y oportuno de enfermedades crónicas.
- Se recomienda trabajar en actividades de educación, prevención para evitar la mortalidad de mujeres en edades tempranas.
- Mejorar las condiciones de vida de las mujeres con mayor cobertura educativa, reducción de la pobreza y mayores oportunidades de acceder a los servicios de salud.
- Crear programas adecuados, que se orienten a la reducción de la mortalidad materna y diagnóstico temprano, tratamiento oportuno de los canceres cérvico-uterinos y mamas.

- Fortalecer los comités de mortalidad materna y perinatal en los diferentes hospitales, centros de salud para la evaluación y manejo ético de la información de los casos de mortalidad materna.
- Integrar las normas y políticas públicas, implementadas en el país con los diferentes actores sociales, políticos y religiosos, como ministerios de educación, salud, municipios, organizaciones sociales para mejorar y favorecer la salud de la mujer y más aún el de la madre que es el núcleo de la familia.

14. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Calvo A. Análisis Coyuntural de la Mortalidad en Bolivia. Boletín Epidemiológico. 2002; 23(2): 2-5.
2. De La Galvez MA. Tamayo CC. Calani L. Perfil de Mortalidad en la ciudad de La Paz (2009). 2012 Junio;: 15-77.
3. De La Galvez M.A. La Mortalidad Materna, una problematica de impacto social y vulneración de derechos humanos. [Online].; 2016 [cited 2018]. Available from: WWW.cides.edu.bo.
4. Organización Panamericana de la Salud. Técnicas para la medición del impacto de la mortalidad. Años Potenciales de Vida Perdidos. Boletín Epidemiológico. 2003; 24(2): 1-4.
5. International Institute for Vital Registration and Statistics. Organización y situación del registro civil y de las estadísticas vitales en países de habla inglesa del Caribe. Boletín Epidemiológico. 2003; 24(3): 1-5.
6. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2014. [Online].; 2014 [cited 2018]. Available from: <http://www.who.int/nmh/publications/ncd-status-report-2014/es/>.
7. Lara-PE. Las enfermedades crónicas.; 2011. Available from: <http://www.midieta.com/article.aspx?id=7946> al 10 de julio de 2011.
8. Organización Mundial de la Salud. [Enfermedades crónicas].; 2011. Available from: http://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/. Al 13 de julio de 2011.
9. Salud, Organización Panamericana de la. Enfermedades crónicas.; 2011. Available from: <http://www.paho.org/spanish/AD/DCP/NC/chronic-2003.pdt..>

- 10 Federación Internacional de Diabetes. Definición mundial de consenso para el síndrome metabólico. Rev Panam Salud Pública. 2005; 18(6): 451-54.
- 11 Organización Mundial de la Salud. Evite los infartos de miocardio y los accidentes cerebrovasculares. Nueva York OMS; 2005.
- 12 Organización Mundial de la Salud. [Online].; 2011. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/es/index.html>.
- 13 Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia Unidad de Comunicación Social. Las autoridades de salud socializarán pictogramas de cajetillas de cigarrillos con gigantografías.; 2011. Available from: <http://www.sns.gob.bo/index.php?ID=Noticias&resp=313>.
- 14 Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud. Cáncer. Nota descriptiva No. 297, febrero 2011.; 2011. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/.index.html>
- 15 McIntosh N. Human Papillomavirus and Cervical Cancer. JHPIEGO Corporation. 2000.
- 16 Greewood M Epidemiología del cáncer. El desafío de la epidemiología. Problemas y lecturas seleccionadas. Organización Panamericana de la Salud. 1998;: 115-125.
- 17 De La Galvez MA. Los accidentes de tránsito. La Razón. 2008 abril 30: A6.
- 18 Organización Panamericana de la Salud. La mortalidad por enfermedades transmisibles: se ve y no se ve. Boletín Epidemiológico. 1992; 13(2): 1-6.
- 19 M.A. DLG. Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Materna. Yucra L.R. Responsable Salud Materna ed. La Paz: ABBASE LTDA; 2008.

- 20 Organización Mundial de la Salud. Objetivos de Desarrollo Sostenible: Metas.
· [Online].; 2017 [cited 2018. Available from:
<http://www.who.int/topics/sustainable-development-goals/targets/es/>.
- 21 Miqueleiz E. Cea L. Santos J.M. Albalabejo R. Villanueva R. Regidor E.
· Influencia de la mortalidad en personas con bajo nivel educativo en la
variación de las desigualdades de mortalidad en las comunidades autónomas
Pamplona: Universidad de Pamplona ; 2015.
- 22 Salazar E, Buitrago C, Molina F, Arango C. Tendencia de la Mortalidad por
· causas externas en mujeres gestantes o puérperas y su relación con factores
socioeconómicos en Colombia, 1998-2010. 1998-2010; 37((4/5)): 225-31.
- 23 Lomuto C. Principales causas de muerte en mujeres en edad fértil. 2000;
· 19(2): 89-91.
- 24 Cardenas R. La Mortalidad de las mujeres en edad fértil: causas maternas,
· cánceres, violencia y mas. 2012.
- 25 De La Galvez M.C. Un análisis en profundidad y sus dimensiones para la
· política pública. Primera ed. CIDES-UMSA 2, editor. La Paz ; 2017.
- 26 De La Galvez MA. Cáncer de cuello uterino. IINSAD. 2002 Junio.
·
- 27 Boletín Estadístico 2017 G.A.M.L.P. Secretaría Municipal Planificación Del
· Desarrollo Instituto Departamental La Paz Julio 2017. Boletín Estadístico
2017. [Online].; 2017. Available from:
<http://ide.gobernacionlapaz.gob.bo/boletines/2017/001%20Boletin%20La%20Paz%20Cifras%202017.pdf>.
- 28 Silvi J. Sobre la estimación de tasas de mortalidad para países de la región de
·

- las Américas. Boletín Epidemiológico. 2003; 24(4): 1-5.
- 29 Organización Panamericana de la Salud. La esperanza de vida al nacer en las Américas. Boletín Epidemiológico. 1983; 4(2):1-7.
- 30 Castillo SC. Análisis de Situación de Salud en las Américas, 1999 – 2000. Boletín Epidemiológico. 2000; 21(4): 1-3.
- 31 Ministerio de Salud y Deportes, Unidad de Servicios de Salud y Calidad. Vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna. La Paz: ABBASE Ltda. 2008.
- 32 Organización Mundial de la Salud. Temas de salud Objetivos de Desarrollo Sostenible: Metas. [Online].; 2018 [cited 2018 Mayo 7. Available from: <http://www.who.int/topics/sustainable-development-goals/targets/es/>.
- 33 Salazar. E, Buitrago C, Moñina F, Arango Alzate ,C. Tendencia de la mortalidad por causas externas en mugeres gestantes o pùerpueras y su relacion con factores socioeconomicos en Colombia. Rev Panam Salud Pùblica. 2015; 37(4/5): 225-31.
- 34 De La Galvez MA Pando MR Padilla CM. Mortalidad materna en la ciudad de La Paz. La pérdida de una batalla por la vida. 1994.
- 35 De La Galvez MA. Cáncer de cuello uterino. 2003; 48(1).
- 36 Organización Mundial de la Salud. Preparación de los profesionales de la atención de salud para el siglo XXI. El reto de las enfermedades crónicas. 2005.
- 37 De La Galvez MA, Tamayo CC. Mortalidad en la ciudad de La Paz-Bolivia. Cuadernos. 2001; 47(1): 72-79.

38. Ministerio de Salud y Deportes, Instituto Nacional de Estadística. Encuesta PostCensal de Mortalidad Materna. 2004 Abril.
- 39 Gobierno Departamental de Tarija, Servicio Departamental de Salud.
· Estadísticas de mortalidad registrada. PROHISABA. .
- 40 Ministerio de Salud y Deportes. Guia para el uso del Certificado Medico Unico de Defuncion CEMEUD. S. 2005; 27(4).
·
- 41 Deportes MdSy. Plan estrategico Nacional de Salud SExual y Reproductivo
· 2009-2015. 1st ed. La Paz: Ediciones Excelsior SRL; 2010.

15. ANEXOS

TABLA 1

**MORTALIDAD EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL SEGÚN, REGISTRÓ EN EL
ÁREA GEOGRÁFICA DE FALLECIMIENTO**

ÁREA GEOGRÁFICA DE FALLECIMIENTO	NO. CASOS	%
El Alto	39	25.5
La Paz	114	74.5
Total	153	100.0

Fuente: Elaboración propia mediante datos extraídos de CEMED

TABLA 2

**DISTRIBUCIÓN DE MORTALIDAD EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL POR
LUGAR DE OCURRENCIA CIUDADES DE LA PAZ Y EL ALTO**

LUGAR DE OCURRENCIA DE MUERTE	NO DE CASOS	%
Establecimiento de salud	68	44.4
Vivienda particular	73	47.7
Vía pública	5	3.3
Se ignora	1	0.7
Otros	6	3.9
Total	153	100

Fuente: Elaboración propia mediante datos extraídos de CEMED

TABLA 3

**DISTRIBUCIÓN DE MORTALIDAD POR TIPO DE CERTIFICADO EMITIDO
MUJERES EN EDAD FÉRTIL**

Tipo de Certificado	No de Casos	%
CEMEUD	139	90.8
Forense	14	9.2
Total	153	100.0

Fuente: Elaboración propia mediante datos extraídos de CEMED

TABLA 4
DISTRIBUCIÓN DE LA MORTALIDAD POR LOS SEIS GRANDES GRUPOS
DE CAUSAS DE LA LISTA OPS 6/67 CIUDADES DE LA PAZ Y EL ALTO,
PRIMER SEMESTRE 2017

		FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE VÁLIDO	PORCENTAJE ACUMULADO
Válidos	Enfermedades transmisibles	12	7.8	7.8	7.8
	Neoplasias (tumores)	41	26.8	26.8	34.6
	Enfermedades del sistema circulatorio	21	13.7	13.7	48.4
	Causas externas	13	8.5	8.5	56.9
	Todas las demás causas	66	43.1	43.1	100.0
	TOTAL	153	100.0	100.0	

Fuente: Elaboración propia mediante datos extraídos de CEMED

TABLA 5
DISTRIBUCIÓN DE DEFUNCIONES DE ACUERDO AL CIE – 10 MUJERES
EN EDAD FÉRTIL CIUDAD DE LA PAZ Y EL ALTO, PRIMER SEMESTRE
2017

Grupos de causas de acuerdo al CIE - 10	No de Casos	%
ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	8	5,2
NEOPLASIAS	41	26,8
ENF. SANGUINEAS Y TRASTORNOS QUE AFECTAN EL SISTEMA INMUNE	1	0,7
ENF. ENDOCRINAS, NUTRICIONALES Y METABOLICAS	7	4,6
TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO	1	0,7
ENF. DEL SISTEMA NERVIOSO	5	3,3
ENF. DEL SISTEMA CIRCULATORIO	21	13,7
ENF. DEL SISTEMA RESPIRATORIO	11	7,2
ENF. DEL APARATO DIGESTIVO	23	15,0
ENF. DE LA PIEL Y TEJIDO SUBCUTANEO	3	2,0
ENF. DEL SIST. OSTEMUSCULAR Y DEL TEJIDO CONECTIVO	3	2,0
ENF. DEL APARTO GENITOURINARIO	11	7,2
EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO	4	2,6
MALFORMACIONES CONGENITAS, DEFORMIDADES Y ANOMALIAS CROMOSOM	1	0,7
CAUSAS EXTERNAS DE MORBILIDAD Y MORTALIDAD	13	8,5
Total	153	100,0

Fuente: Elaboración propia mediante datos extraídos de CEMED

Tabla 6
TASA DE MORTALIDAD DEL ESTUDIO POR GRUPOS DE EDAD POR
CADA 10.000 MUJERES EN EDAD FÉRTIL CIUDAD DE LA PAZ, PRIMER
SEMESTRE 2017

GRUPOS DE EDAD EN AÑOS	NUMERO CASOS	POBLACION	TASA	TASA CON REDONDEO
De 15 a 19	6	38892	1.543	2
De 20 a 24	8	35598	2.247	2
De 25 a 29	12	32320	3.713	4
De 30 a 34	17	30903	5.501	6
De 35 a 39	18	28562	6.302	6
De 40 a 44	27	25006	10.797	11
De 45 a 49	26	21699	11.982	12
Total	114	212980	5.353	5

Fuente: Elaboración propia mediante datos extraídos de CEMED

Tabla 7
AÑOS POTENCIALES DE VIDA PERDIDOS POR GRUPOS DE EDAD
CIUDAD DE LA PAZ PRIMER SEMESTRE 2017

EDAD EN QUINQUENIOS (1)	PUNTO MEDIO DEL INTERVALO (PMI) (2)	75-PMI (3)	NRO. MUERTES (4)	APVP (5) 3x4	NUMERO DE HABITANTES (6)	INDICE APVP (7) 5/6	TASA DE APVP (8) 5/6x 1000
15 - 19	17.5	57.5	6	345	38892	8.9	9
20 - 24	22.5	52.5	8	420	35598	11.8	12
25- 29	27.5	47.5	12	570	32320	17.6	18
30 - 34	32.5	42.5	17	722.5	30903	23.4	24
35 - 39	37.5	37.5	18	675	28562	23.6	24
40 - 44	42.5	32.5	27	877.5	25006	35.1	35
45 - 49	47.5	27.5	26	715	21699	33.0	33
Total			114	4325	212980	153.4	155

Fuente: Elaboración propia mediante datos extraídos de CEMED

Tabla 8

DISTRIBUCIÓN DE LAS CAUSAS DE MORTALIDAD EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL, CIUDAD DE LA PAZ PRIMER SEMESTRE 2017

GRUPOS DE CAUSAS		FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE VÁLIDO
Válidos	Enfermedades infecciosas y parasitarias	4	3.5%	3.5
	Neoplasias	33	28.9%	28.9
	Enf. Sanguíneas y trastornos que afectan el sistema inmune	1	.9%	.9
	Enf. Endocrinas, nutricionales y metabólicas	5	4.4%	4.4
	Trastornos mentales y del comportamiento	1	.9%	.9
	Enf. del sistema nervioso	4	3.5%	3.5
	Enf. del sistema circulatorio	17	14.9%	14.9
	Enf. del sistema respiratorio	7	6.1%	6.1
	Enf. del aparato digestivo	15	13.2%	13.2

Enf. de la piel y tejido subcutáneo	3	2.6%	2.6
Enf. del sist. Osteomuscular y del tejido conectivo	3	2.6%	2.6
Enf. del aparato genitourinario	8	7.0%	7.0
Embarazo, parto y puerperio	3	2.6%	2.6
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	1	.9%	.9
Causas externas de morbilidad y mortalidad	9	7.9%	7.9
Total	114	100.0	100.0

Fuente: Elaboración propia mediante datos extraídos de CEMED

Tabla 9

DISTRIBUCIÓN DE CASOS DE MORTALIDAD POR NEOPLASIAS EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL CIUDAD DE LA PAZ PRIMER SEMESTRE 2017

CLASIFICACIÓN GENERAL DEL CIE - 10 (LISTA REDUCIDA DE CAUSAS DE MUERTE)

NEOPLASIAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE VÁLIDO
2.02 T. malignos de órganos digestivos	3	9.1	9.1
2.03 T. malignos de órganos respiratorios e intratorácicos	1	3.0	3.0
2.06 Huesos y cartilagos articulares	2	6.1	6.1
2.09 T. maligno de la mama	2	6.1	6.1
2.09 T. malignos de los órganos genitales femeninos	12	36.4	36.4
2.12 T. malignos del ojo, encéfalo y otras SNC.	1	3.0	3.0
2.13 T. malignos de las glándulas tiroideas y glándulas endocrina	1	3.0	3.0
2.14 T. malignos de sitios mal definidos, secundarios y sitios no especificados	6	18.2	18.2
2.15 T. malignos del tejido linfático, hematopoyéticos y afines	2	6.1	6.1
2.16 T. benignos	1	3.0	3.0
2.18 T. de comportamiento incierto o desconocido	2	6.1	6.1
Total	33	100.0	100.0

Fuente: Elaboración propia mediante datos extraídos de CEMED

Tabla 10

DISTRIBUCIÓN DE MORTALIDAD POR ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO, CIUDAD DE LA PAZ PRIMER SEMESTRE 2017

ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos	3.01 Fiebre reumática aguda y enfermedades cardíacas reumáticas	1	5.9	5.9
	3.02 Enfermedades hipertensivas	5	29.4	29.4
	3.03 Enfermedades isquémicas del Corazón	1	5.9	5.9
	3.04 Enfermedad cardiopulmonar, enfermedades de la circulación pulmonar y otras formas de enf. del corazón	3	17.6	17.6
	3.06 Insuficiencia cardíaca	1	5.9	5.9
	3.07 Enfermedades cerebrovasculares	4	23.5	23.5
	3.09 Las demás enfermedades del sistema circulatorio	2	11.8	11.8
	Total	17	100.0	100.0

Fuente: Elaboración propia mediante datos extraídos de CEMED

Tabla 11
DISTRIBUCIÓN DE MORTALIDAD POR ENFERMEDADES DEL APARATO DIGESTIVO EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL CIUDAD DE LA PAZ PRIMER SEMESTRE 2017

CLASIFICACIÓN GENERAL DEL CIE - 10 (LISTA CORTA 6/67 TODAS LAS CATEGORIAS)

ENFERMEDADES DEL APARATO DIGESTIVO	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE VÁLIDO	PORCENTAJE ACUMULADO
Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	3	20.0	20.0	20.0
Otras enfermedades del sistema digestivo	2	13.3	13.3	33.3
Ileo paralítico y obstrucción intestinal sin hernia	1	6.7	6.7	40.0
Enfermedades del peritoneo	3	20.0	20.0	60.0
Otras enfermedades del hígado	1	6.7	6.7	66.7
Enfermedades de la vesícula biliar, conductos biliares y páncreas	5	33.3	33.3	100.0
Total	15	100.0	100.0	

Fuente: Elaboración propia mediante datos extraídos de CEMED

Tabla 12
TASA DE MORTALIDAD EN EL ESTUDIO POR GRUPOS DE EDAD EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL DE LA CIUDAD DE EL ALTO, PRIMER SEMESTRE 2017

Grupos de edad en años	Numero casos	Población	Tasa	Tasa con redondeo
De 15 a 19	2	44137	0.453	1
De 20 a 24	5	40399	1.238	1
De 25 a 29	7	36679	1.908	2
De 30 a 34	4	35071	1.141	1
De 35 a 39	6	32414	1.851	2
De 40 a 44	7	28378	2.467	2
De 45 a 49	8	24626	3.249	3
Total	39	241704	1.614	2

Fuente: Elaboración propia mediante datos extraídos de CEMED

Tabla 13
ÍNDICE DE AÑOS POTENCIALES DE VIDA PERDIDOS POR GRUPOS DE
EDAD CIUDAD DE EL ALTO PRIMER SEMESTRE 2017

Edad en quinquenios	Punto Medio del Intervalo (PMI)	75-PMI	Nro. Muertes	APVP	Número de habitantes	Indice APVP
15 - 19	17.5	57.5	2	115	44137	2.6
20 - 24	22.5	52.5	5	262.5	40399	6.5
25- 29	27.5	47.5	7	332.5	36679	9.1
30 - 34	32.5	42.5	4	170	35071	4.8
35 - 39	37.5	37.5	6	225	32414	6.9
40 - 44	42.5	32.5	7	227.5	28378	8.0
45 - 49	47.5	27.5	8	220	24626	8.9
Total			39	1552.5	241704	46.9

Fuente: Elaboración propia mediante datos extraídos de CEMED

Tabla 14
DISTRIBUCIÓN DE LAS CAUSAS DE MORTALIDAD EN MUJERES EN
EDAD FÉRTIL EL ALTO PRIMER SEMESTRE 2017
GENERAL DEL CIE - 10 (LISTA REDUCIDA DE CAUSAS DE MUERTE)

ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO		FRECUENCIA	PORCENTAJE
Válidos	3.01 Fiebre reumática aguda y enfermedades cardíacas reumáticas	1	25.0
	3.02 Enfermedades hipertensivas	1	25.0
	3.04 Enfermedad cardiopulmonar, enfermedades de la circulación pulmonar y otras formas de enf. del corazón	2	50.0
	Total	4	100.0

Fuente: Elaboración propia mediante datos extraídos de CEMED

Tabla 15
DISTRIBUCIÓN DE CASOS DE MORTALIDAD POR NEOPLASIAS EN
MUJERES EN EDAD FÉRTIL CIUDAD DE EL ALTO PRIMER SEMESTRE
2017
CODIFICACIÓN DE ACUERDO AL CIE 10

GRUPOS DE CAUSAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Enfermedades infecciosas y parasitarias	4	10.3
Neoplasias	8	20.5
Enf. Endocrinas, nutricionales y metabólicas	2	5.1
Enf. Del sistema nervioso	1	2.6
Enf. Del sistema circulatorio	4	10.3
Enf. Del sistema respiratorio	4	10.3
Enf. Del aparato digestivo	8	20.5
Enf. Del aparato genitourinario	3	7.7
Embarazo, parto y puerperio	1	2.6
Causas externas de morbilidad y mortalidad	4	10.3
Total	39	100.0

Fuente: Elaboración propia mediante datos extraídos de CEMED

Tabla 16
DISTRIBUCIÓN DE MORTALIDAD POR ENFERMEDADES DEL APARATO
DIGESTIVO EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL CIUDAD DE EL ALTO PRIMER
SEMESTRE 2017

NEOPLASIAS		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	2.02 T. malignos de órganos digestivos	2	25.0
	2.03 T. malignos de órganos respiratorios e intratorácicos	1	12.5
	2.09 T. malignos de los órganos genitales femeninos	3	37.5
	2.14 T. malignos de sitios mal definidos, secundarios y sitios no especificados	1	12.5
	2.17 T. in situ	1	12.5
	Total	8	100.0

Fuente: Elaboración propia mediante datos extraídos de CEMED

Tabla 17

DISTRIBUCIÓN DE MORTALIDAD POR ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO DE MUJERES EN EDAD FÉRTIL CIUDAD DE EL ALTO PRIMER SEMESTRE 2017

CLASIFICACIÓN GENERAL DEL CIE - 10 (LISTA REDUCIDA DE CAUSAS DE MUERTE)

ENFERMEDADES DEL APARATO DIGESTIVO		FRECUENCIA	PORCENTAJE
Válidos	Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	2	25.0
	Otras enfermedades del sistema digestivo	2	25.0
	Otras enfermedades del hígado	1	12.5
	Enfermedades de la vesícula biliar, conductos biliares y páncreas	3	37.5
	Total	8	100.0

Fuente: Elaboración propia mediante datos extraídos de CEMED

Tabla 18

DISTRIBUCIÓN DE MORTALIDAD DE MUJERES EN EDAD FÉRTIL SEGÚN ESTADO CIVIL CIUDADES DE LA PAZ Y EL ALTO, PRIMER SEMESTRE 2017

ESTADO CIVIL	NO DE CASOS	%
soltero	129	84.3
casado	19	12.4
Divorciado	2	1.3
Conviviente	2	1.3
Se ignora	1	0.7
Total	153	100

Fuente: Elaboración propia mediante datos extraídos de CEMED

Tabla 19
DISTRIBUCIÓN DE MORTALIDAD EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL SEGÚN
GRADO DE INSTRUCCIÓN CIUDADES DE EL ALTO Y LA PAZ PRIMER
SEMESTRE 2017

Grado de Instruccion	No de Casos	%
Sin instruccion	1	0.7
Primaria	29	19.0
Secundaria	59	38.6
Tecnico	9	5.9
Universitario	25	16.3
Otro	3	2.0
Sin dato	21	13.7
Superior	6	3.9
Total	153	100.0

Fuente: Elaboración propia mediante datos extraídos de CEMED

Tabla 20
DISTRIBUCIÓN DE MORTALIDAD EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL SEGÚN
OCUPACIÓN CIUDADES DE EL ALTO Y LA PAZ PRIMER SEMESTRE 2017

Ocupación	No. de Casos	%
Empleado(a)	3	2.0
Trabajador por cuenta propia	22	14.4
Profesionales independientes	5	3.3
Estudiante	77	50.3
Labores de casa	33	21.6
Normalista	1	0.7
Sin ocupación	1	0.7
sin dato	11	7.2
Total	153	100.0

Fuente: Elaboración propia mediante datos extraídos de CEMED

Tabla 21
MORTALIDAD MATERNA EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL, CIUDADES DE LA PAZ Y EL ALTO, PRIMER SEMESTRE 2017

ESTABA EMBARAZADA EN EL MOMENTO DE MORIR?	NO DE CASOS	%
Embarazo	5	83.3
43 días a 11 meses después del parto o aborto	1	16.7
Total	6	100.0

Fuente: Elaboración propia mediante datos extraídos de CEMED

Tabla 22
MORTALIDAD MATERNA, CALCULO DE LOS APVP POR GRUPOS DE EDAD, CIUDADES DE LA PAZ Y EL ALTO, PRIMER SEMESTRE 2017

Grupos de edad		Estaba embarazada en el momento de morir?		Total
		Embarazo	43 días a 11 meses después del parto o aborto	
De 20 a 24	Recuento	1	0	1
	%	20,0%	0,0%	16,7%
De 25 a 29	Recuento	0	1	1
	%	0,0%	100,0%	16,7%
De 30 a 34	Recuento	2	0	2
	%	40,0%	0,0%	33,3%
De 35 a 39	Recuento	1	0	1
	%	20,0%	0,0%	16,7%
De 40 a 44	Recuento	1	0	1
	%	20,0%	0,0%	16,7%
Total	Recuento	5	1	6
	%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia mediante datos extraídos de CEMED

Tabla 23

MORTALIDAD MATERNA, CALCULO DE LOS APVP POR GRUPOS DE EDAD, CIUDADES DE LA PAZ Y EL ALTO, PRIMER SEMESTRE 2017

EDAD EN QUINQUENIOS	PUNTO MEDIO DEL INTERVALO (PMI)	75-PMI	NRO. MUERTES	APVP	NÚMERO DE HABITANTES	ÍNDICE APVP
20 - 24	22.5	52.5	1	52.5	40399	1.2
25 - 29	27.5	47.5	1	47.5	36679	1.3
30- 34	32.5	42.5	2	85	35071	2.4
35 - 39	37.5	37.5	1	37.5	32414	1.1
40 - 44	42.5	32.5	1	32.5	28378	1.2
Total			6	225	172.941	7.2

Fuente: Elaboración propia mediante datos extraídos de CEMED

Tabla 24

MORTALIDAD MATERNA SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN PRIMER SEMESTRE 2017 CIUDADES DE LA PAZ Y EL ALTO

Causas de muerte CIE - 10	Grado de Instrucción		Total
	Primaria	Secundaria	
A17.0 Meningitis tuberculosa (g01)	0	1	1
I21.9 infarto agudo del miocardio, sin otra especificación	0	1	1
O00.0 Embarazo abdominal	1	0	1
O14.2 Preeclampsia severa	1	0	1
O15.2 Preeclampsia en el puerperio	0	1	1
O89.1 Complicaciones cardiacas de la anestesia administrada durante el puerperio	0	1	1
Total	2	4	6
Porcentaje	33.3%	66.7%	100%

Tabla 25

MORTALIDAD MATERNA SEGÚN LUGAR DE DEFUNCIÓN PRIMER SEMESTRE 2017

Causas de muerte CIE - 10	Lugar de fallecimiento		Total
	Establecimiento de salud	Vivienda particular	
A17.0 Meningitis tuberculosa	1	0	1
I21.9 infarto agudo del miocardio, sin otra especificación	0	1	1
O00.0 Embarazo abdominal	1	0	1
O14.2 Preeclampsia severa	1	0	1
O15.2 Preeclampsia en el puerperio	1	0	1
O89.1 Complicaciones cardíacas de la anestesia administrada durante el puerperio	1	0	1
Total	5	1	6
Porcentaje	83.3%	16.7%	100%

Fuente: Elaboración propia mediante datos extraídos de CEMED

Tabla 26

**MORTALIDAD MATERNA SEGÚN MOMENTO DE FALLECIMIENTO
CIUDADES DE LA PAZ Y EL ALTO PRIMER SEMESTRE 2017**

Causas de muerte CIE - 10	Defunción Obstetra Directa	Defunción Obstetra Indirecta	Total
A17.0 Meningitis tuberculosa (g01)	1		1
I21.9 infarto agudo del miocardio, sin otra especificación	1		1
O00.0 Embarazo abdominal	1		1
O14.2 Preeclampsia severa	1		1
O15.2 Preeclampsia en el puerperio		1	1
O89.1 Complicaciones cardíacas de la anestesia administrada durante el puerperio		1	1
Total	4	2	6
Porcentaje	66,7%	33,3%	100%

Fuente: Elaboración propia mediante datos extraídos de CEMED

**Tabla Texto 1 MORTALIDAD MATERNA SEGÚN CAUSA DE MUERTE,
CIUDADES DE LA PAZ Y EL ALTO, PRIMER SEMESTRE 2017**

LISTA REDUCIDA DE CAUSAS DE MUERTE CIE - 10		ESTABA EMBARAZADA EN EL MOMENTO DE MORIR?		TOTAL
		Embarazo	43 días a 11 meses después del parto o aborto	
Tuberculosis, Inclusive secuelas	Recuento	0	1	1
	%	0.0%	100.0%	16.7%
Infarto agudo de miocardio	Recuento	1	0	1
	%	20.0%	0.0%	16.7%
Embarazo, parto y puerperio	Recuento	4	0	4
	%	80.0%	0.0%	66.7%
Total	Recuento	5	1	6
	%	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: Elaboración propia mediante datos extraídos de CEMED