

Análisis de la Mortalidad Materna Matagalpa (Nicaragua) 2001 – 2007



Colectivo de Mujeres de Matagalpa-Nicaragua
Mayo 2008

Agradecimientos

Agradecemos a todas aquellas personas que han colaborado en la realización de este estudio.

Al equipo del SILAIS Matagalpa que nos permitió la información.

Dedicamos este trabajo a todas las mujeres, todas estas mujeres que no han podido hablar silenciadas por el hecho de dar vida.



Poema imposible para una mujer muerta

...Eres otra vez feto dormido, ahora en el útero de la tierra
avecita tierna desplomada, vasija rota.

¿De donde sacar materia de un poema, si en alguna parte te
nos mueres

otra vez en este instante y algo de poesía queda sepultado,
con el último puñado de tierra sobre tu cuerpo?

De donde si tu fantasma silencioso, como tu vida castigada
va errante acusando, interrogando ¿dónde estaban todos y
todas?.

No se trata pues de entregarte un poema por respuesta,
tal vez en el momento de decirnos verdades, al borde de tu
muerte.

Ya que no estuvimos al borde de tu lecho.

Tendríamos que explicarte las ausencias de tu ausencia.

Muchos no saben o no quieren saber, que existías o subsistías.

Conocen, otros, alguna referencia a una espécimen sin historia presente o futura:

hembra paridora y bestia de carga, ¡de tanta carga!

Otros se asoman a ti y apenas miran un útero. Acaso un caso clínico más o menos
interesante. Los dioses del poder-conocimiento, te expulsan de sus templos.

...Eres también una cifra en un recuadro,

y las cifras no se quejan, no se desangran,

no nos muestran la ristra de hijos/as que quedan indefensos y agobiados

ni su cansancio, ni su temor, ni los prejuicios, por los siglos de los siglos amén.

Talvez eres una pecadora, o si no una culpable, a la vez que un Dios preciso, como un bisturí
te corto la vida, en un cruel y supremo acto de justicia, por atentar contra el deber, sagrado
de parir.

Y nosotras que te adivinamos allá junto al fogón trajinando con los chavalos, con el hombre
insolente, la milpa, plena otra vez de vida, de vida o de muerte, lejos del médico o de la
enfermera, aunque estén cerca.

Nosotras que sabemos que una vez una menstruación ausente te llenó de angustia, de
recetas de comadres y de resolución, estamos aquí calentando y removiendo nuestras
pequeñas mezquindades, para sorberlas en la tarde en que te nos mueras, por que siempre
llegamos tarde cuando te nos mueres.

Por todo eso hermana, no te hemos traído un poema y aunque hemos abolido el llanto por
inútil,

Hoy tenemos la decisión de procurar una lágrima

habrá una lágrima para ti en alguna parte, al menos una lágrima dolida y fértil...

Quien sabe hermana hay algunas semillas de lucha

que germinaron, cierta vez,

con la humedad de una lágrima.



Introducción



Cada minuto en algún lugar del mundo una mujer fallece a causa de complicaciones que surgen durante el embarazo, parto y puerperio. La mayor parte de estas muertes son evitables. Por cada mujer que muere otras 30 padecen enfermedad o discapacidad crónica.

El derecho a la vida es un derecho fundamental que entraña las obligaciones de los gobiernos de promover las condiciones sociales para la vida y la supervivencia y la justicia social. "Las altas tasas de mortalidad reflejan la deficiencia en el sistema de salud, así como la falta de compromiso social y político" (UNFPA 2004).

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio (2000) reconocen que la maternidad sin riesgo es un componente esencial del desarrollo y proponen reducirla en un 75% entre 1990 y 2015, para lograrlo es necesario reducir un 5.5 % la razón anual, pero las cifras publicadas a finales del 2007 muestran una reducción anual inferior al 1%.¹ Sin embargo si no se cambia las relaciones mundiales y el reparto de riqueza y los cambios de modelos sociales , va a ser casi imposible conseguirlo.

A nivel mundial, alrededor del 80% de las defunciones Maternas son el resultado directo de complicaciones surgidas durante el embarazo, el parto y el puerperio, y en su mayoría mujeres condenadas a vivir en la pobreza o extrema pobreza. Para poder lograr el objetivo del milenio, se debe garantizar el acceso a los servicios de salud reproductiva (prevención de embarazos no planificados, acceso a métodos anticonceptivos y atención de calidad durante el embarazo, parto y puerperio con énfasis en la atención obstétrica de urgencia), mayor justicia social y equidad social para las mujeres, niñez y adolescencia

Desde los años cuarenta las defunciones maternas han disminuido en los países que acumulan el poder y la riqueza, pero no se puede decir lo mismo de los países empobrecidos y los sectores sociales del mundo empobrecido, en los que la persistencia de altas tasas de Mortalidad Materna es un indicador de una falta de cumplimiento generalizada de los derechos humanos más fundamentales de las mujeres y que generalmente afecta más agudamente a las pobres.

Nicaragua es el segundo país más pobre de América Latina y por consiguiente con tasas de Mortalidad Materna altas. En los documentos oficiales aparecen una diversidad de datos lo que significa que no se tiene un conocimiento real del problema, de 230 a 250 muertes por cien mil nacidos vivos registrados según los informes sobre el estado de la población mundial UNFPA del 2001 al 2007.

Los indicadores básicos de salud del 2005 reportan una tasa de mortalidad materna para el país de 86.5 muertes maternas por cien mil nacidos vivos y de 108.9 para el departamento de Matagalpa. Según la Política Nacional de Salud 2004-2015 la tasa es de 96.6 muertes

¹ Comunicado de prensa OMS/UNICEF/FNUAP/Banco Mundial. Octubre 2007

maternas por cien mil nacidos vivos registrados. La tasa global de fecundidad² es de 2.7 llegando en las áreas rurales hasta 3.5 hijos /as por mujer. Hay que tomar en cuenta que la fecundidad tiene una relación inversa al desarrollo económico y social.

El departamento de Matagalpa es una de las zonas que contribuye al aumento de estas tasas, considerando que se debe a la búsqueda de información, y a la creación de una Red de información integrada por: MINSA, ONGs, parteras y promotoras de salud.

El Colectivo de Mujeres de Matagalpa ONG local que trabaja en salud realiza anualmente el análisis de las muertes Maternas en el departamento. En Mayo de 1991 publicamos el primer documento de análisis de las muertes Maternas en el periodo 1989-1990. Posteriormente se han elaborado otros documentos de análisis, del periodo 1993-1996, y del 1993-2000.

De estos trabajos anuales está basado el presente documento, para poder analizar la mortalidad materna en el periodo de los últimos 7 años, comparándola con el periodo anterior.

Este análisis multicasual tiene el propósito de proponer acciones, que nos permita contribuir a la disminución de la mortalidad materna y al acceso a la salud por las mujeres como ciudadanas del mundo y construir un mundo con mayor justicia social y más voz para todas las voces silenciadas.

² Tasa Global de Fecundidad: es el promedio de hijos nacidos vivos que tendrían las mujeres durante toda su vida reproductiva si continúan con el actual patrón de fecundidad por edad

1 Marco teórico

Mortalidad Materna³

Se define como la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independiente de la duración y el sitio del embarazo, debido a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales. (Décima revisión de la clasificación internacional de enfermedades, OMS 1967)

Muerte Materna por causas Obstétricas Directa

Son las que resultan de complicaciones obstétricas en el embarazo, parto y/o puerperio, debido a intervenciones, omisiones, tratamientos incorrectos o debidas a una cadena de acontecimientos originada en cualquiera de las circunstancias mencionadas.

Muerte Materna por causa Obstétrica Indirecta

Son las que resultan de enfermedades existentes desde antes del embarazo o de enfermedades que evolucionaron durante el embarazo, no debidas a causas obstétricas directas, pero que fueron agravadas por los efectos fisiológicos del embarazo.

Muerte Materna por causa no Obstétrica

Es la muerte que resulta por causas accidentales o incidentales no relacionadas con el embarazo o su atención. No se toma en cuenta en la construcción de tasas de mortalidad Materna.⁴

Nuestro marco teórico está basado en el análisis de la multicausalidad como causante de la Mortalidad Materna.

Desde el análisis de las causas médicas, la más común y que representa la cuarta parte de todas las defunciones maternas es la hemorragia, que por lo general se produce después del parto.

Aunque hay factores de riesgo que pueden predecir la hemorragia, esta también puede presentarse en mujeres sin factor de riesgo.

La pérdida de sangre, agravada por el estado de desnutrición y anemia, puede causar rápidamente la muerte a falta de unos cuidados rápidos y adecuados para salvar la vida, que incluye la administración de fármacos para combatir la hemorragia.

³ Referencia y clasificaciones utilizadas por el Ministerio de salud de Nicaragua en el Manual del Sistema de vigilancia de la Mortalidad Materna.

⁴ Anexo 1. Listado de clasificación de diagnósticos de muerte materna

La septicemia que suele ser una consecuencia de una atención no adecuada durante el parto o por infecciones de transmisión sexual no tratadas, representa el 15 % de las muertes maternas.

Las complicaciones de un aborto complicado representan el 13% de las muertes maternas.

Los trastornos hipertensivos del embarazo particularmente la eclampsia representa el 12⁵ % de las defunciones maternas.

Los partos prolongados u obstruidos representan el 8% de las defunciones maternas (desproporción céfalo pélvica).

Factores subyacentes a las causas médicas

Hay una serie de factores que acompañan a las mujeres que mueren por complicaciones en el embarazo, parto y puerperio, entre ellos está:

La situación social de las mujeres en los países o sectores empobrecidos limita el acceso y mucho menos el control a los recursos económicos, a la educación básica y en consecuencia, a su capacidad para adoptar decisiones con respecto a su salud y nutrición entre otras.

La falta de acceso y utilización de servicios públicos obstétricos esenciales es un factor trascendental que contribuye a la elevada Mortalidad Materna.

La falta de poder de decisión sobre sus vidas y sus cuerpos y de acceso a optar a una vida con otras posibilidades relegan a muchas mujeres a una vida de embarazos repetidos.

La falta de alimentación adecuada, por la extrema pobreza en que viven, aumenta el riesgo a enfermedades y complicaciones en el embarazo, parto, puerperio y en el feto.

Solo el 52% de las mujeres embarazadas de los países o sectores empobrecidos dan a luz con ayuda de una partera comunitaria calificada o un personal de salud del ministerio de salud, el resto dará a luz en su domicilio con ayuda de una partera empírica no capacitada, un familiar o solas⁶.

Se estima que el 15 % de las mujeres embarazadas sufrirán complicaciones que amenazarán su vida y que requieren una atención de urgencia.⁷

Situación económica

La Mortalidad Materna tiene mayor incidencia en las mujeres de escasos recursos, que viven en lugares alejados con dificultades de accesibilidad tanto geográficas como culturales, que no tienen acceso y control económico, social, cultural, político, ético ni de intervención social

⁵ Datos mundiales informes OMS y UNFPA

^{6, 5} Mortalidad Materna. Actualización 2004. UNFPA

Problemática de género

Vivimos en una sociedad patriarcal, donde se establece un rol a la mujer en función de la reproducción. No se respetan los derechos de las mujeres como seres humanos, no se permite el derecho a la elección de la mujer de decidir sobre su vida y su cuerpo. Se le relega solamente al rol reproductivo, sin tener acceso y control al rol productivo y al rol socio comunitario para incidir en decisiones y políticas públicas.

Métodos anticonceptivos

Las contradicciones entre las políticas de salud y la ideología conservadora de políticos y sectores religiosos hace que las mujeres no podamos decidir libremente sobre el uso de métodos anticonceptivos. Además la accesibilidad a los mismos está interrumpida por períodos de desabastecimientos.

Los métodos anticonceptivos ofrecidos son en su mayoría para las mujeres. Los únicos para los hombres, el condón y esterilización (vasectomía), no se promueven y están rodeados de mitos y prejuicios fomentados por la mentalidad machista y el rol que la sociedad establece al hombre.

Estructura Sanitaria

El Ministerio de Salud es el responsable de definir las políticas de salud y garantizar el derecho universal de brindar atención en salud a la población priorizando la de mayor riesgo y la de menos recursos.

La situación socio-política-económica, las presiones económicas externas, el fenómeno de la globalización están amenazando el poder cumplir con este derecho constitucional, dejando al descubierto a los sectores más pobres que no pueden costearse sus vidas y mucho menos los servicios de salud.

El enfoque de Sistema de salud esta todavía muy centralizado en la red del Ministerio de Salud sin tener una concepción amplia de que el Sistema de salud está formado por toda la red de servicios públicos, privados, comunitarios, sin fines de lucro. Solamente tomando en cuenta esta red es que se podrá hacer frente a esta problemática, complementándose en la atención y prevención.

Marcos jurídicos

Las constituciones y las leyes son el reflejo de las voluntades políticas para hacer frente a la injusticia social y en las injusticias hacia las mujeres.

En Nicaragua ha habido un gran retroceso en el marco jurídico tanto en la penalización del aborto terapéutico a partir de noviembre del 2006 como en la reducción de penas en los delitos sexuales.

Desprotección de las mujeres en las explotaciones maquileras y en las explotaciones agrícolas.

2 Objetivo General

Analizar el comportamiento de la Mortalidad Materna en el departamento de Matagalpa (Nicaragua) en el periodo 2001 – 2007.

2.1 Objetivos específicos

- Identificar el perfil de las mujeres fallecidas en el departamento de Matagalpa.
- Evidenciar los factores de riesgos.
- Evidenciar el acceso a los servicios de salud por el grupo de mujeres fallecidas.
- Describir y analizar las causas de muerte.
- Identificar factores asociados a la Mortalidad Materna.
- Comparar los resultados con el estudio anterior que comprende el periodo 1993-2000.
- Proponer acciones que contribuyan a la disminución de las muertes maternas y el acceso a la salud de las mujeres como derecho ciudadano.

3 Diseño Metodológico

Tipo de estudio

Estudio analítico retrospectivo, cuantitativo cualitativo. Y estudio de percepción.

Población objetivo

Todas las mujeres fallecidas registradas en el SILAIS Matagalpa entre los años 2001 al 2007 (147 mujeres) el 100% de los registros.

Técnicas e instrumentos de recolección de datos:

Análisis documental.

Revisión de las fichas de mortalidad materna que registra el SILAIS de Matagalpa mediante un instrumento que recoja la información de las base de datos archivadas por el SILAIS.

Variables del estudio

- ✓ Edad, sexo, escolaridad, procedencia, ocupación, estado civil, número de hijos/as vivos, muertos y abortos, factores de riesgos.
- ✓ Variables sobre la atención que recibió: Número de Cuidados Prenatales, Lugar del parto, Persona que atendió el parto, Lugar donde falleció, Etapa en la que ocurrió la defunción, Diagnóstico, Utilización de métodos.

4 Análisis de resultados

4.1 Mortalidad Materna SILAIS- Matagalpa Vs Mortalidad nacional.

Los datos de los registros de las muertes maternas a nivel del SILAIS Matagalpa y a nivel nacional, (tabla 1) evidencian hay una ligera tendencia a disminuir en número absoluto de muertes oscilando en el periodo de los 7 años entre un mínimo de 12 y un máximo de 28 muertes registradas en el departamento de Matagalpa por año.

Tabla 1. Comportamiento de los registros de Mortalidad Materna en Nicaragua y SILAIS Matagalpa 2001 -2007

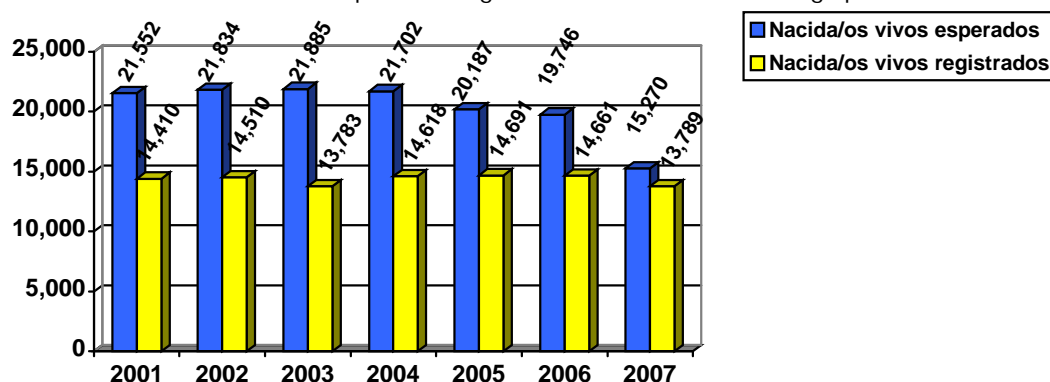
Año	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	TOTAL
Nicaragua	162	146	119	125	119	119	115	905
Matagalpa	27	28	19	26	20	12	15	147
%	16.6	19.1	16	20.8	16.8	10	13	16

Fuente: Análisis muertes Materna SILAIS Matagalpa

Matagalpa ha mantenido un promedio de 21 muertes maternas por año, cifra que alimenta en gran parte al promedio nacional, representando alrededor de 16 %. En números absolutos hay una ligera tendencia a la disminución comparando con años anteriores que había un promedio de 27 muertes.

En relación a los indicadores y datos poblacionales de los datos del SILAIS que son base para el análisis y la programación y planificación en salud Pública, muestran ciertos vacíos en su validez. Ejemplo el indicador de nacidos vivos esperados tiene unas oscilaciones que a priori no se justifican. (Gráfico 1).

Gráfico 1. Nacidos vivos esperados según indicadores SILAIS-Matagalpa



Fuente: Dirección general del Sistema de Información-MINSA

4.2 Comportamiento de la Mortalidad Materna por Municipios del SILAIS Matagalpa

El comportamiento de las muertes materna por Municipio del SILAIS- Matagalpa (tabla2), registra diferencias significativas entre los Municipios. El 71% de las muertes maternas ocurridas durante los últimos 7 años corresponde a los Municipios más alejados del departamento. (Ver anexo 2 mapa del dpto. de Matagalpa) Esto evidencia que uno de los factores contribuyentes a la mortalidad materna es la inaccesibilidad geográfica a los servicios de salud.

Tabla 2. Comportamiento de los registros de Muertes Maternas por Municipios

Municipio	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	total
Bocana	7	4	4	3	1	1	2	22
Waslala	3	2	2	4	6	2	1	20
La Dalia	3	3	4	4	1	1	1	17
Matiguás	3	4	2	2		2	4	17
Río Blanco	2	3	2	2	3	2	2	16
Rancho Grande	2	5	2	1		2		12
San Ramón	2	2	1		1		3	9
Matagalpa	2	1	1		2	1		7
Sébaco	1	1		1	1		1	5
Muy Muy	1			2	1			4
Esquipulas			1		2			3
San Dionisio	1				1			2
Darío		1		1				2
San Isidro							1	1
Terrabona				1				1
Otros municipios		2		5	1	1		9
TOTAL	27	28	19	26	20	12	15	147

Fuente: Reportes Muertes Maternas SILAIS-Matagalpa 2001 2007

En el estudio anterior municipios con poblaciones semejantes y características de servicios y distribución de población similar registraban comportamiento en cuanto al registro de mortalidad materna que no tenía justificación (Waslala registraba el doble de muertes maternas que Matiguás, Río Blanco ocupaba el octavo lugar, por detrás de la cabecera municipal).

4.3 Perfil de las mujeres (datos personales)

4.3.1 Edad de las mujeres

La edad de las mujeres fallecidas en el SILAIS- Matagalpa está agrupada en mayores de 35 años, entre 20 y 35 años y menores o iguales a 19 (Tabla 3) y (Gráfico 2). Hay que tomar en cuenta que los intervalos de grupos de edades no son iguales, los hemos seleccionado de esta forma para poder evidenciar el factor de riesgo edad. El rango de edad de las mujeres es de 12 a 45 años.

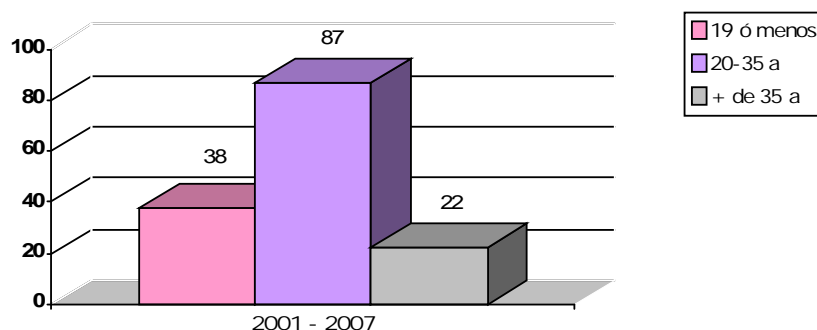
Tabla 3. Edad de las mujeres reportadas como Muertes Maternas

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	total
19 ó menos	7	8	7	7	4		5	38 (26%)
20-35	17	16	9	14	12	9	10	87 (59%)
+ 35	3	4	3	5	4	3		22 (15%)
TOTAL	27	28	19	16	20	12	15	147

Fuente: Reportes Muertes Maternas SILAIS-Matagalpa 2001 -2007

Llama la atención las muertes en las edades extremas en las menores de 19 años (26%) y las mayores de 35 (15%). Entre ambas supone un 41% de muertes en las que la edad es un factor de riesgo. Aunque el grupo de edad que tiene menor rango es el de menor o igual a 19, (representa 8 años tomando en cuenta que la menor tenía 12 años), la cuarta parte de las muertes maternas del periodo corresponde a este grupo de edad.

Gráfico 2. Edad de las mujeres reportadas como muertes Maternas. SILAIS-Matagalpa



Fuente: Reportes Muertes Maternas SILAIS-Matagalpa 2001 - 2007

Comparado con el estudio anterior hay un aumento en la mortalidad materna de las adolescentes, del 19.4% del total de la mortalidad materna al 26%. Se mantiene el porcentaje en el grupo de 25 a 35.

4.4 Escolaridad

La escolaridad es uno de los factores de riesgo social en relación a la mortalidad materna. En la tabla 4 se refleja la clasificación de las muertes maternas según su nivel de escolaridad formal. El analfabetismo significa el 55%. Tan sólo el 8% superó la primaria.

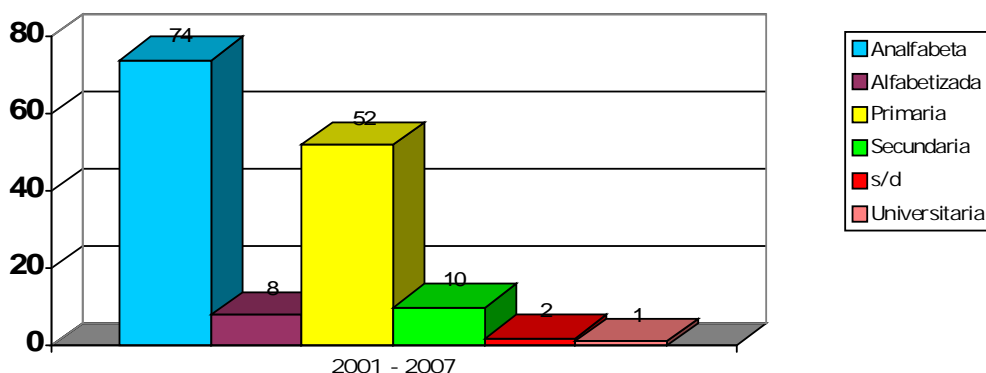
Tabla 4. Escolaridad de las mujeres reportadas como Muertes Maternas

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	TOTAL
Alfabetizada	2	2	3	1	7			8 (5%)
Analfabeta	16	13	8	16	8	9	5	74 (50%)
Primaria	7	11	7	7	4	3	9	52 (35%)
Secundaria	2	1	1	1			1	10 (7%)
Universitaria		1						1 (1%)
S/d				1	1			2 (1%)
TOTAL	27	28	19	26	20	12	15	147

Fuente: Reportes Muertes Maternas SILAIS-Matagalpa 2001-2007

Podemos evidenciar que hay una correlación entre nivel académico y muertes maternas, afectando aquellas con menor nivel. Esta correlación se mantiene en todos los estudios. Pudiendo concluir que el analfabetismo va directamente relacionado con la mortalidad materna.

Gráfico 3. Escolaridad. Muertes Maternas. SILAIS-Matagalpa



Fuente: Reportes Muertes Maternas SILAIS-Matagalpa 2001 -2007

4.5 Estado Civil

Según los datos la mayoría de las mujeres tenían una unión estable, el 14 % estaba en el momento de este embarazo sola, es decir sin la presencia de un varón.

En relación a estudios anteriores ha disminuido del 19% al 14% el porcentaje de mujeres que se reportan como solas en el momento de la muerte.

Esta información no mide el grado de compromiso de parte de los varones en asumir las responsabilidades de la paternidad.

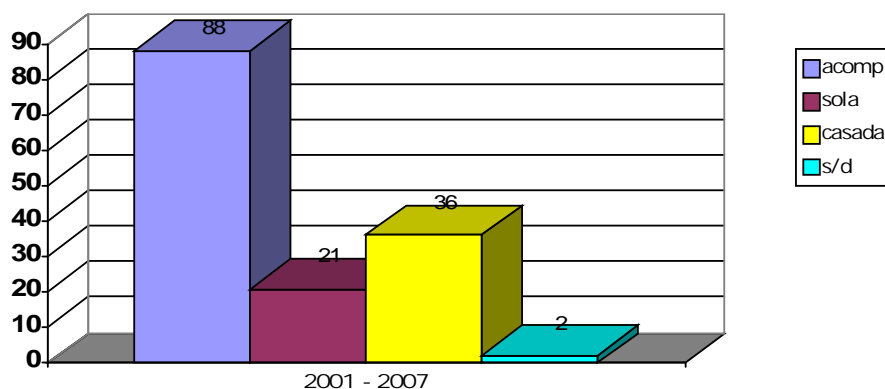
Es uno de los datos que se recogen por rutina, hay una niña de 13 años reportada como casada, a veces se interpreta como soltera la que no está casada. Aunque diferenciamos entre sola y soltera, para el análisis hemos unido las dos categorías.

Tabla 5. Estado civil de las mujeres reportadas como Mortalidad Materna

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	TOTAL
Acompañada	16	20	10	17	12	5	8	88 (60%)
Casada	7	6	6	6	2	6	3	36 (24%)
Sola	4	2	3	2	5	1	4	21 (14%)
s/d				1	1			2 (1%)
TOTAL	27	28	19	26	19	12	15	147

Fuente: Reportes Muertes Maternas SILAIS-Matagalpa 2001 - 2007

Gráfico 4. Estado civil. Muertes Maternas SILAIS-Matagalpa



Fuente: Reporte Muerte Maternas SILAIS-Matagalpa 2001 -2007

4.6 Historia reproductiva

4.6.1 Número de hijas/os vivas/os sin contar con el actual

El número de hijas e hijos es uno de los factores de riesgo que aparecen asociados a la mortalidad materna. En la tabla 6 y el gráfico 5 podemos observar el comportamiento en el periodo estudiado.

Tabla 6. Número de hij@s viv@s de las mujeres reportadas como Mortalidad Materna

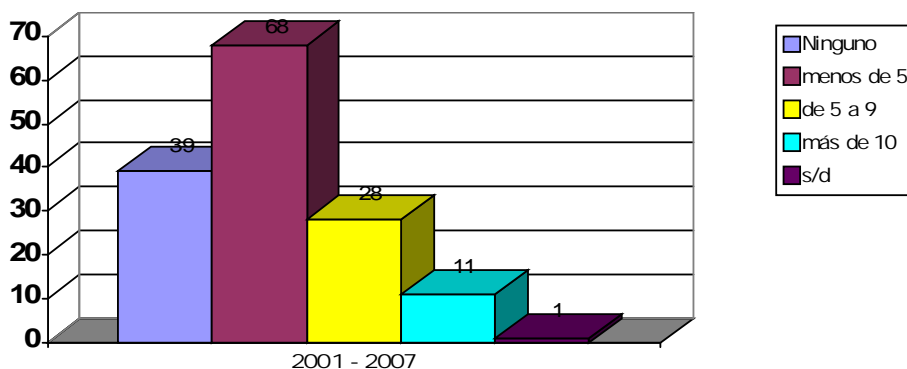
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	TOTAL
Ninguno	8	8	7	8	4	1	3	39 (27%)
Menos de 5	10	12	8	10	11	6	11	68 (46%)
De 5 a 9	7	4	3	4	5	4	1	28 (19%)
Más de 10	2	4	1	3		1		11 (7%)
S/d				1				1
TOTAL	27	28	19	26	20	12	15	147

Fuente: Reportes Muertes Maternas SILAIS-Matagalpa 2001 - 2007

El número de mujeres que no habían tenido ningún hijo/a vivo representa el 27%, esto no quiere decir que no hubieran estado embarazadas anteriormente. El 26% de las mujeres tenían 5 o más hijas/os.

Comparado con el estudio anterior, hay una tendencia a disminuir la paridad pues es mayor el porcentaje de mujeres que no han tenido ninguno y menor el de las que han tenido más de 5 hijas/os, pero hay que tomar en cuenta que en el estudio actual es mayor el grupo de mujeres adolescentes.

Gráfico 5. Número de hij@s viv@s . Mortalidad Materna SILAIS-Matagalpa



Fuente: Reportes Muertes Maternas SILAIS-Matagalpa 2001-2007

Entre las 108 mujeres que habían parido anteriormente, dejaron 447 huérfanas/os, sin contar con el actual. En el estudio anterior teníamos el dato de que 87 mujeres dejaban 437 huérfanas/os.

Normalmente cuando se analiza la muerte materna, no se toma en cuenta a las niñas/os que quedan huérfanas/os.

Tampoco se puede analizar la mortalidad neonatal en el primer año de vida.

4.6.2 Número de embarazos (contando el actual)

En la tabla 7 y gráfico 6 se refleja el número total de embarazos, incluyendo los que terminaron en aborto y el embarazo actual.

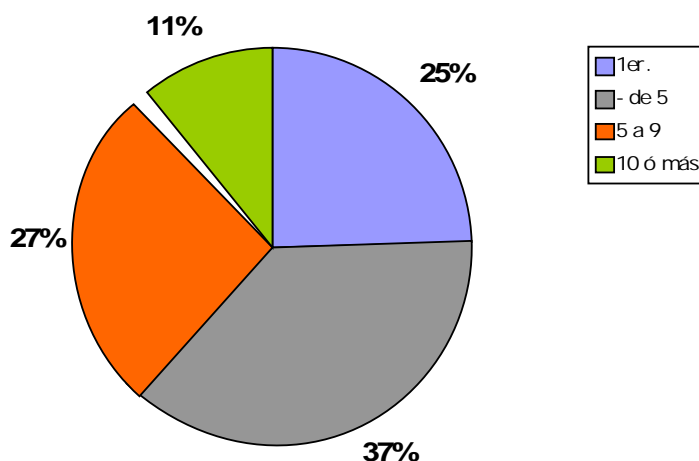
Tabla 7. Número de embarazos de las mujeres reportadas como mortalidad materna

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	TOTAL
1er. Emb.	7	8	7	8	4	1	2	37 (25%)
Entre 2 y 4	11	10	6	5	7	3	10	52 (38%)
De 5 a 9	7	5	4	8	7	7	3	41(28%)
10 ó más	2	5	2	4	2	1		16 (11%)
S/D				1				1
TOTAL	27	28	19	26	20	12	15	147

Fuente: Reportes Muertes Maternas SILAIS-Matagalpa 2001 - 2007

El 25 % de las mujeres era su primer embarazo, mientras que el 38% era entre el segundo y cuarto embarazo. El 39% de las mujeres habían tenido más de 5 embarazos.

Gráfico 6. Número de embarazos contando el actual. SILAIS-Matagalpa



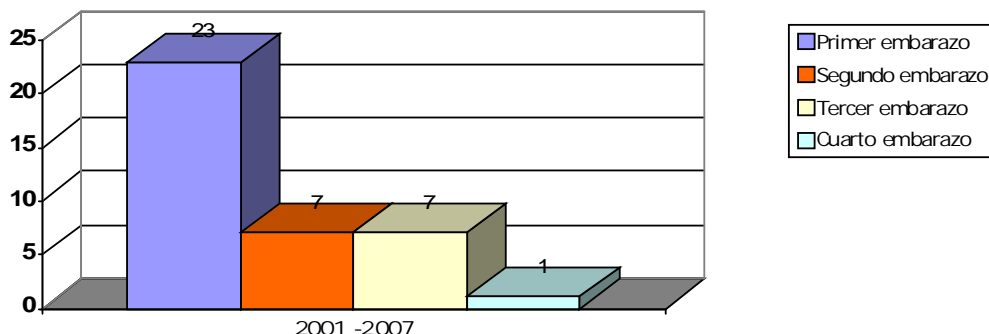
Fuente: Reportes Muertes Maternas SILAIS-Matagalpa 2001 – 2007

El 39% de las mujeres tenían 5 o más embarazos.

Entre las 147 mujeres habían tenido 653 embarazos, lo que supone un promedio de 4.4 embarazos por mujer. Es un promedio menor comparado con el estudio anterior en el que reflejaba un promedio de 5.4 embarazos por mujer, pero hay que tomar en cuenta que hay un porcentaje mayor de menores en el actual, y son mujeres que no habían terminado su etapa reproductiva.

Analizando en el grupo de edad de 12 a 19 años el comportamiento con los embarazos (Gráfico 6), demuestra que solamente para 23 (61%) era su primer embarazo, mientras que para 15 (39%) era el segundo, tercero o cuarto embarazo. Las edades de las que era su tercer embarazo eran 19 años y una 18. Y la edad de la que era su cuarto embarazo 17 años, habiendo tenido dos abortos anteriores y uno vivo.

Gráfico 7. Número de embarazos en el grupo de mujeres de 15 a 19 años. Mortalidad Materna SILAIS Matagalpa



Fuente: Reportes Muertes Maternas SILAIS-Matagalpa 2001 - 2007

No solamente la edad es un factor de riesgo sino la historia reproductiva entre estas adolescentes y jóvenes que tienen episodios de abortos y embarazos anteriores.

4.6.3 Uso de Métodos anticonceptivos

En esta variable se analiza el uso de métodos anticonceptivos por las mujeres, anterior al embarazo actual.

En la tabla 8 y gráfico 7 se evidencia que el 68% de las 147 mujeres que conocemos el dato, no habían usado nunca un método anticonceptivo.

Tabla 8. Uso de métodos anticonceptivos por las mujeres reportadas como Mortalidad Materna

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	TOTAL
SI	6	9	3	5	7	5	9	44 (32%)
NO	20	19	15	18	9	7	6	94 (68%)
S/D	1		1	3	4			9
TOTAL	27	28	19	26	20	12	15	147

Fuente: Reportes Muertes Maternas SILAIS-Matagalpa 2001-2007

Comparado con el estudio anterior en el que se reflejaba que un 15% de mujeres habían usado algún método anticonceptivo en algún momento de su vida, hay un aumento (32% en el actual), lo que no se puede analizar es la continuidad en el uso y el motivo por el cual no lo usaron para prevenir el embarazo actual.

Los métodos más usados entre las 44 mujeres fueron en el 53%(23) inyectables, el 39%(17) los anticonceptivos orales, y el resto métodos naturales.

4.7 Situación del embarazo actual

4.7.1 Factores de riesgo y señas de peligro

De las 147 mujeres fallecidas en el periodo estudiado (Tabla 9 y Gráfico 8) el 80% tenían algún factor de riesgo. Se tomaron en cuenta los factores de riesgo establecidos en las normas del MINSA. No se tomó en cuenta como riesgo: pobreza, aislamiento, desnutrición, inaccesibilidad.

Estas variables solamente han podido describirse analizando todos los datos del expediente y clasificando en base a esta información como factores de riesgo a: las primigestas más edades extremas (el parámetro es 19 años o menos y 35 años o más), multigesta (5 o más embarazos), espacio intergénésico corto, cesárea anterior, problemas en el parto anterior y como señas de peligro: óbito actual, mala presentación, enfermedad durante este embarazo, placenta previa y pre eclampsia.

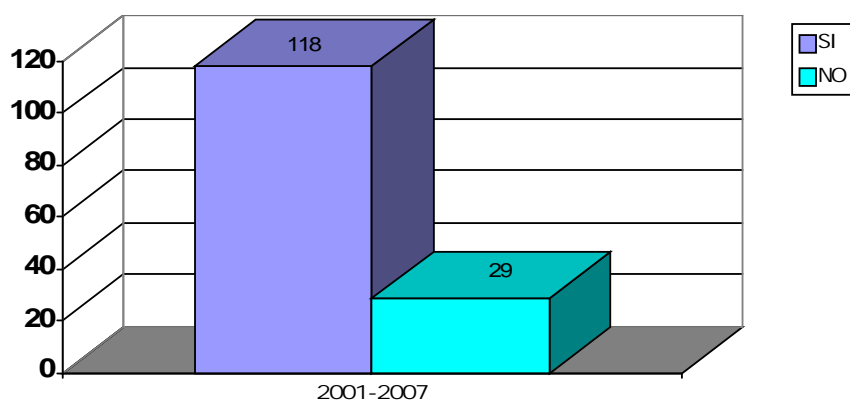
Tabla 9. Factores de riesgo y señas de peligro presentados en las mujeres reportadas como Mortalidad Materna

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	TOTAL
Si	23	21	15	21	17	10	11	118 (80%)
No	4	7	4	5	3	2	4	29 (20%)
TOTAL	27	28	19	26	20	12	15	147

Fuente: Reportes Muertes Maternas SILAIS-Matagalpa 2001-2007

Es de esperar que las muertes maternas estén asociadas a factores de riesgo y señas de peligro, el 79% de las mujeres presentaban al menos uno de estos parámetros. Prácticamente es la misma proporción que se mantenía en el estudio anterior.

Gráfico 8. Factores de riesgo y señas de peligro Muertes maternas SILAIS-Matagalpa 2001 - 2007



Fuente: Reportes Muertes Maternas SILAIS-Matagalpa 2001 - 2007

En la tabla 10 se presenta la distribución de los factores de riesgo y señas de peligro encontrados. En ocasiones hay mujeres que presentan más de un factor de riesgo (22) o la asociación de factor de riesgo con seña de peligro (16) o no tenían factor de riesgo pero presentaron alguna seña de peligro (6).

Tabla 10. Distribución de los factores de riesgo y señas de peligro en las mujeres reportadas como Mortalidad Materna

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	TOTAL
PG*+edad	3	5	6	4	3		1	22(16%)
MG**	9	10	5	12	9	8	3	56(41%)
EIC***	10	4	3	4		1	1	23(17%)
Cesárea ant.		1					2	3
PPA****					2		1	3
Óbito (actual)	3	1	1	5	1	1	3	15(11%)
Mala presentación	2			1			1	4
Enfermedad	1	1			1	1	1	5
Placen. previa					1			1
Preeclamp-					2	1		3
TOTAL								135

Fuente: Reportes Muertes Maternas SILAIS-Matagalpa 2001 -2007

Los más presentados son: en un 41% la multiparidad, un 17% el espacio intergénésico, 16% la edad asociada al primer embarazo y el 11% óbito. A excepción del óbito las otras tres situaciones presentadas con mayor frecuencia se pueden prevenir con una buena información sobre sexualidad y acceso a los métodos anticonceptivos.

*PG: Primigesta

**MG: Multigesta

***EIC: Espacio intergénésico corto

**** PPA: Problema parto anterior

4.7.2 Asistencia a los cuidados prenatales

El 56% de las fallecidas no habían asistido a ninguna unidad de salud para recibir los cuidados propios del embarazo. (Tabla 11 y gráfico 9)

Tabla 11. Asistencia al control prenatal mujeres reportadas como mortalidad materna.

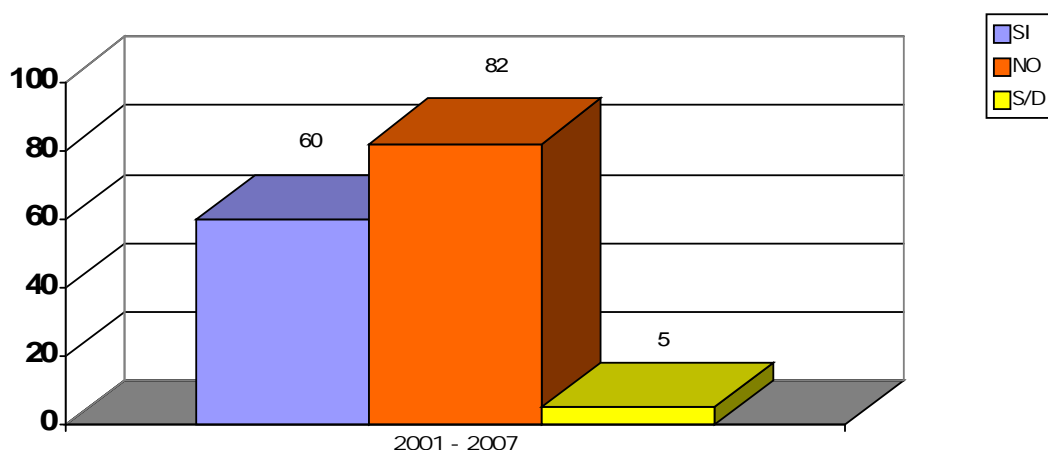
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	TOTAL
SI	6	11	9	11	11	5	7	60 (40%)
NO	19	17	10	13	8	7	8	82 (56%)
S/D	2			2	1			5
TOTAL	27	28	19	26	20	12	15	147

Fuente: Reportes Muertes Maternas SILAIS-Matagalpa 2001 -2007

De las 60 mujeres (40%) que recibieron CPN sólo 25 (42%) tuvieron 4 ó más controles que es lo que las normas del MINSa establece para aquellas embarazadas de bajo riesgo. Comparado con el estudio anterior, se mantiene el porcentaje de mujeres que asistieron a las unidades de salud para los cuidados prenatales y hay una ligera mejoría en el número de controles que recibieron (del 14% al 25%), lo que no podemos analizar es la calidad de la atención, y las oportunidades perdidas de poder platicar con la mujer y poder conjuntamente ir construyendo un plan de atención al embarazo, parto o puerperio.

En el año 2005 se comenzó a implementar el plan parto en algunos departamentos del país. Matagalpa era uno de ellos.

Gráfico 9. Asistencia al control prenatal de las mujeres fallecidas. SILAIS-Matagalpa 2001-2007



Fuente: Reportes Muertes Maternas SILAIS-Matagalpa 2001 - 2007

4.7.3 Lugar del parto

Solamente el 4% de las mujeres fueron atendidas en su parto en las unidades de salud del primer nivel, que son el lugar de referencia para las comunidades rurales.

El 68% de las mujeres que parieron tuvieron su parto en el domicilio, un 26% el parto fue en el hospital. De las 27 mujeres que fueron atendidas en el hospital en el periodo 2001-2007, 13 (48%) fueron cesáreas. (Ver tabla 12 y gráfico 10)

Tabla 12. Lugar del parto de las mujeres reportadas como mortalidad materna

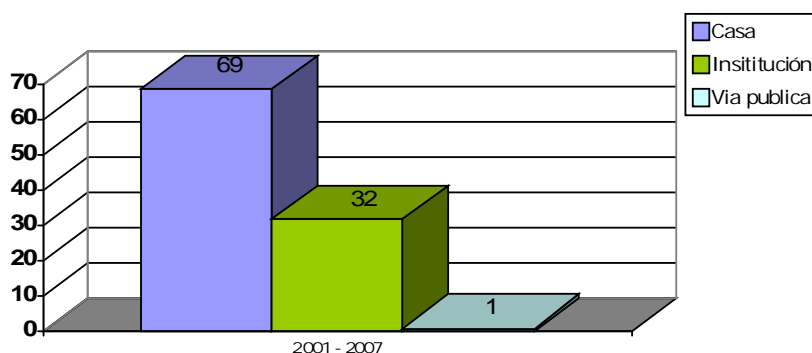
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	TOTAL
Casa	11	11	12	12	9	10	4	69 (68%)
Hospital	6	2	3	2	6	1	7	27 (26%)
C/S		1				1	2	4 (4%)
Vía pública				1				1
Centro Alternativo	1							1
TOTAL	18	14	15	15	15	12	13	102

Fuente: Reportes Muertes Maternas SILAIS-Matagalpa 2001-2007

Si bien es cierto que la proporción del parto institucional en general es bajo (70% de promedio en los últimos años)⁸, todavía es menor cuando vemos este porcentaje en las mujeres que fallecieron, aunque ha aumentado en relación al análisis de mortalidad materna anterior en el que se reflejaba un 15% de parto institucional. En estudios anteriores realizados por el Colectivo de Mujeres de Matagalpa, sobre el comportamiento de las mujeres sobre embarazo, parto y uso de métodos anticonceptivos, arrojan datos similares de parto domiciliar-institucional. Ante la pregunta de cuales son los motivos por los que no asisten al hospital aún sabiendo de los riesgos, las mujeres manifiestan entre otros: la pena, el dejar la casa y la familia, resignación ante cualquier acontecimiento aunque sea negativo, falta de transporte y problema económico⁹.

Si cruzamos las variables de factor de riesgo-seña de peligro con el lugar del parto, nos sale que de las 102 mujeres que parieron 82 tenían alguna condición que indicaba el parto institucional y tan solo 32 lo tuvieron.

Gráfico 10. Lugar del parto de las mujeres reportadas como MM. SILAIS-Matagalpa 2001-2007



Fuente: Reportes Muertes Maternas SILAIS-Matagalpa 2001-2007

⁸ ENDESA 2006-2007

⁹ Comportamiento de las mujeres sobre el embarazo, parto y uso de anticonceptivos en las comunidades de Matagalpa. 2003

4.7.4 Quién atendió el parto

El 33% de las mujeres fallecidas que parieron fueron atendidas por un familiar o solas.

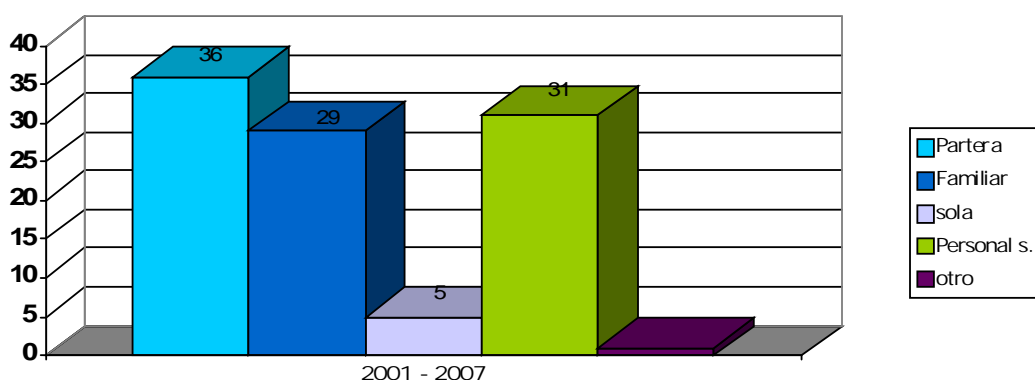
Tabla 13. Atención del parto de las mujeres reportadas como mortalidad materna.

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	TOTAL
Partera	8	3	7	5	5	4	4	36 (35%)
Familiar	4	8	4	7	1	5		29 (28%)
Sola			1		3	1		5 (5%)
Personal de Salud	6	3	3	2	6	2	9	31 (30%)
Otro				1				1
TOTAL	18	14	15	15	15	12	13	102

Fuente: Reportes Muertes Maternas SILAIS-Matagalpa 2001-2007

El 35% fueron atendidos por partera. No sabemos en realidad que capacitación habían recibido estas parteras y cual era su experiencia, ya que en muchas ocasiones consideran parteras a mujeres que tradicionalmente han atendido los partos de la familia.

Gráfico 11. Atención al parto de las mujeres fallecidas. SILAIS-Matagalpa 2001-2007



Fuente: Reportes Muertes Maternas SILAIS-Matagalpa 2001-2007

4.7.5 Lugar de la muerte

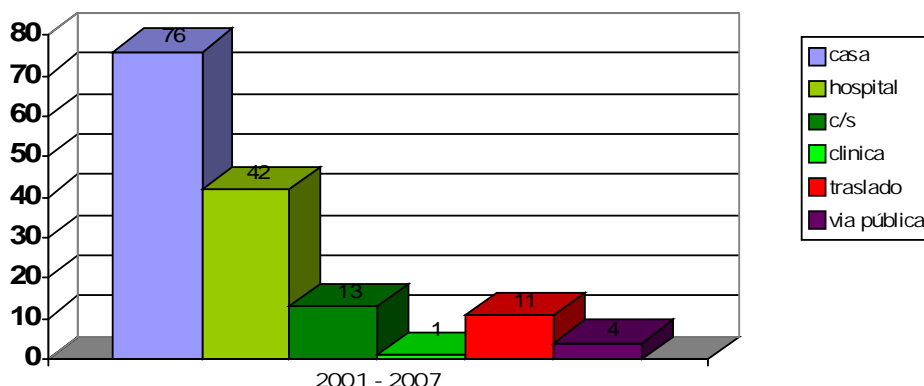
El 52% de las muertes ocurrieron en el domicilio. El 45.5% en unidades de salud incluyendo las que murieron durante el traslado, pues habían tenido contacto con la unidad de salud. En la ficha de mortalidad materna, cuando se registra muerte en la vía pública se incluye tanto a aquellas mujeres que recibieron atención en una unidad de salud y mueren durante el traslado a una unidad de mayor resolución, como las que en verdad fallecen en la vía pública como consecuencia de un accidente de tráfico, homicidio, descarga eléctrica, etc. pero en el presente estudio hemos diferenciado los dos conceptos (Tabla 14 y Gráfico 12)

Tabla 14. Lugar de la muerte de las mujeres reportadas como muerte materna

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	TOTAL
Casa	17	13	16	12	6	8	4	76 (52%)
Hospital	8	7	2	8	8	3	6	42 (28%)
C/S	1	4	1	3	2	1	1	13 (9%)
Clínica					1			1
Traslado		3		2	2		4	11 (7%)
Vía Pública	1	1		1	1			4 (3%)
TOTAL	27	28	19	26	20	12	15	147

Fuente: Reportes Muertes Maternas SILAIS-Matagalpa 2001-2007

Gráfico 12. Lugar de la muerte de las mujeres reportadas como Muerte Materna. SILAIS-Matagalpa 2001-2007



Fuente: Reportes Muertes Maternas SILAIS-Matagalpa 2001-2007

Comparando con el estudio anterior, en el que se reportaba una muerte domiciliar del 57% hay una ligera disminución, pero todavía se sigue demorando la decisión del traslado influida por diversos factores (económicos, culturales, geográficos, etc.).

4.7.6 Momento de la muerte

El mayor porcentaje de muertes registradas están clasificadas en el parto. Tabla 15 y gráfico 13.

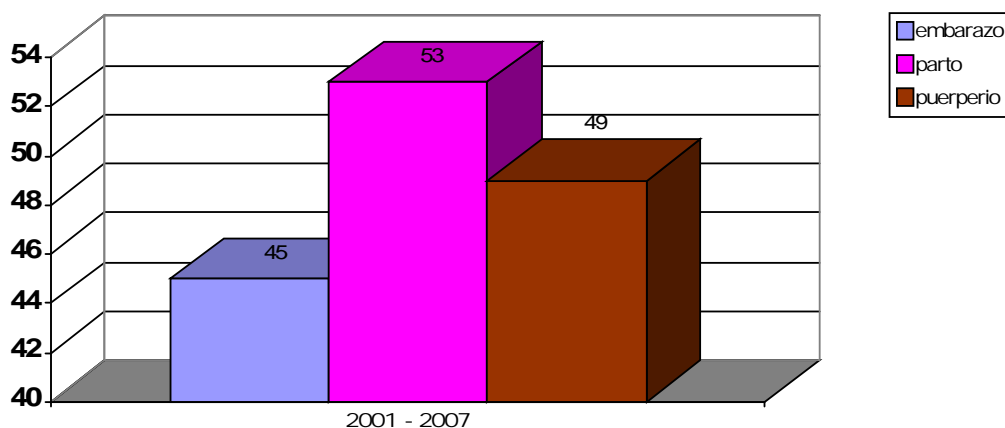
Tabla 15. Momento de la muerte de las mujeres reportadas como Muerte Materna

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	TOTAL
Embarazo	9	14	4	11	5		2	45 (31%)
Parto	7	9	8	9	10	4	6	53 (36%)
Puerperio	11	5	7	6	5	8	7	49 (33%)
TOTAL	27	28	19	26	20	12	15	147

Fuente: Reportes Muertes Maternas SILAIS-Matagalpa 2001-2007

En el estudio anterior se observaba un 39% de muerte en el puerperio, debido posiblemente a la clasificación errónea de considerar la retención de placenta como un problema del puerperio.

Gráfico 13. Momento la muerte de las mujeres fallecidas. SILAIS-Matagalpa 2001-2007



Fuente: Reportes Muertes Maternas SILAIS-Matagalpa 2001-2007

4.7.7 Diagnósticos de las causas de muerte

En la tabla 16 encontramos los diagnósticos según los expedientes, de las muertes maternas en el periodo estudiado por año.

Tabla 16. Diagnósticos de las causas de muerte 2001 - 2007

	Causas de Muerte	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	TOTAL
Hemorragia (65)	Retención Placenta	7	8	8	7	6	4	2	42
	DPPNI*	1							1
	Mola		1				1		2
	Placenta previa				1				1
	Placenta acreta					1		1	2
	Inversión uterina		1						1
	Rotura uterina				2			1	3
	Post-parto	4			2		2	2	10
	Embarazo ectópico		1						1
	Hemorragia embarazo	1			1				
23	Eclampsia	2	2	3	3	5	4	4	23
17	Suicidio	3	4	1	5	2		2	17
6	Sepsis	1		1	1	3			6
Otras directas (8)	Muerte súbita puerperio							1	1
	Indeterminada			2		1			3
	Embolia L. amniótico	1	2				1		4
Indirectas (14)	Malaria							1	1
	Diarrea/disenteria	1	2						3
	Pb.respiratorio/ Tuberculosis	2	2	2	1	1		1	9
	Insuf. Renal aguda	1							1
No obstétricas (14)	Absceso cerebral		1						1
	Homicidio		2	1	1	1			5
	Ahogamiento	1	1		1				3
	Politraumatismo	1	1						2
	Mordedura de serpiente	1		1					2
	Intoxicación accidental				1				1
	TOTAL	27	28	19	26	20	12	15	147

Fuente: Reportes Muertes Maternas SILAIS-Matagalpa 2001-2007

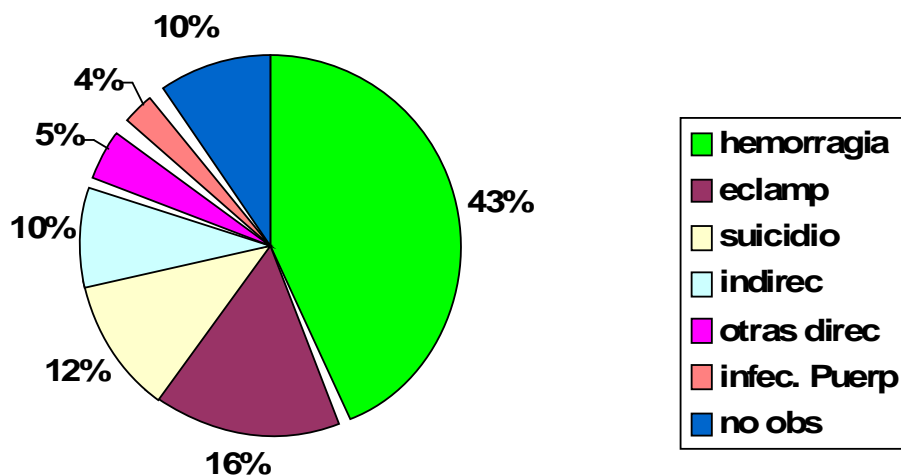
*DPPNI: Desprendimiento prematuro de la placenta normalmente inserta

La primera causa según los diagnósticos de muerte materna del periodo estudiado corresponde a la hemorragia 65 (43%) y dentro de esta, la provocada por retención de placenta. Los trastornos hipertensivos 23 (16%) representa la segunda causa en el SILAIS Matagalpa y la tercera los suicidios aunque está clasificada como no obstétrica con un 17 (12%)

Nos llama la atención que de las 17 mujeres que se suicidaron, 16 lo hicieron durante el embarazo, se debería estudiar el motivo por el que se intoxicaron y si su fin era suicidarse o simplemente provocarse un aborto. En la mayoría de los expedientes revisados no se aclaran los motivos.

Las muertes indirectas representan el 14 (10%) y las no obstétricas (sin incluir los suicidios) 14 (10%). Gráfico 14

Gráfico 14. Diagnósticos de las mujeres reportadas como muerte materna. SILAIS-Matagalpa 2001-2007



Fuente: Reportes Muertes Maternas SILAIS-Matagalpa 2001 -2007

5 Conclusiones

- El perfil de las mujeres fallecidas por muerte materna en el departamento de Matagalpa en el periodo del estudio, corresponde en su gran mayoría a mujeres pobres o en extrema pobreza, la mitad en grupo de edades extremas o muy jóvenes o mayores, con poco o ningún acceso a la escolarización, es evidente la relación entre el nivel de escolaridad y la muerte materna. Así mismo la relación entre analfabetismo y pobreza o sectores desposeídos mantiene una correlación. Con un promedio de 4 hijas e hijos vivos por mujer. Entre 108 mujeres dejan 447 huérfanas/os sin contar el actual, más alto que el promedio departamental de 3.210 , siendo este uno de los más altos de Nicaragua que reporta una Tasa Global de Fecundidad de 2.7. En comparación con el estudio anterior ha habido un descenso de un hijo por mujer, dato que concuerda con los resultados de las encuestas realizadas por ENDESA.
- Los factores de riesgo asociados a las muertes están presentes en el 80% de las mujeres, multiparidad, espacio ínter genésico corto, edad extrema menor de 19 años y primer embarazo. Factores que podrían disminuirse con el acceso y uso de métodos anticonceptivos. Es decir son factores prevenibles

El número de hijas/os es un factor de riesgo en las muertes maternas, una e cada cuatro mujeres fallecidas tenían 5 o más hijas/os.

Sabiendo que el uso de métodos anticonceptivos es una estrategia validada de reducción de los riesgos y por lo tanto de la muerte materna, el contacto de las mujeres fallecidas con los métodos es muy bajo, solamente un 32% había usado algún método y los anticonceptivos inyectables fueron los más usados. El uso de métodos está muy condicionado por las creencias religiosas muy tradicionales que condenan y condicionan a las mujeres en rechazar el uso. Así mismo la sociedad machista hace que muchos hombres no permiten que las mujeres usen métodos por el temor que tengan relaciones con otros hombres al estar protegidas de embarazos. Aún con todo ha mejorado el porcentaje de mujeres que habían usado alguna vez algún método comparándolo con el estudio anterior, pero sigue habiendo muy poca continuidad en el uso lo que no garantiza una protección adecuada.

- La mayoría de las muertes corresponden a zonas rurales alejadas, lugares donde la población tiene dificultades en el acceso a la atención en salud. No solamente por las condiciones de las vías de comunicación (accesibilidad geográfica) sino también por el coste y disponibilidad del transporte (accesibilidad económica). Cuanto más alejado está un territorio, más dificultades hay en que se produzcan cambios ideológicos y culturales, lo que hace que las tradiciones se mantengan más arraigadas, entre ellas las creencias sobre el embarazo, parto y puerperio, acentuándose la conformidad o el rol tradicional de la mujer, de que son otros los que deciden por ella (accesibilidad cultural).

¹⁰ Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud 2006-2007

Más de la mitad de las mujeres fallecidas no tuvieron contacto durante el embarazo con los servicios de salud. De las que sí tuvieron contacto, menos de la mitad llegó a visitar la unidad 4 veces. En comparación con el estudio anterior se mantiene el mismo porcentaje en cuanto a asistencia, pero ha mejorado el seguimiento aunque persiste un déficit de cobertura o de calidad y accesibilidad de los servicios.

Más de la mitad de las mujeres siguen teniendo el parto domiciliario atendido por familiares o personal comunitario presentando una tendencia descendente comparado con el estudio anterior. De todos modos el porcentaje de parto institucional en las muertes maternas (30%) está muy lejos del que se maneja a nivel global del departamento (70%). Las menores coberturas de parto institucional se da en los dos grupos de edades extremas. En las mayores de 35 años tal vez por experiencias de partos anteriores en los que no han tenido problema, falta de credibilidad en el sistema transmitido por otras mujeres. En las jóvenes, la pena, miedo, demostrar que sí pueden parir en la casa. De todos modos se tendría que completar con otros estudios, para entender las motivaciones o causas profundas de no buscar los servicios de salud.

Al quedarse las mujeres en la casa, independientemente del momento en que ocurra la complicación, aumenta la posibilidad de muerte materna porque o se detecta tarde la complicación por falta de información, o se busca tarde la ayuda por falta de posibilidad económica o se recibe tarde la ayuda por la distancia oportuna de los servicios. (El horario de los puestos de salud rurales no cubre las emergencias fuera del horario diurno y de 5 días semanales y no siempre se garantiza este horario establecido debido a afectaciones de capacitación, reportes, abastecimiento, enfermedad, etc.), o aún estando el personal de salud no hay el abastecimiento para poder enfrentar la emergencia (Suero, guías, bránulas, oxitocina).

Hay un incremento considerable en el porcentaje de partos por cesárea en las muertes maternas comparando los dos periodos, del 33% al 48%. Los resultados de ENDESA 2006/7 muestran que el porcentaje de los partos de nacimientos vivos por cesárea se ha incrementado hasta el 20%. Sería necesario completar con un estudio sistemático de las cesáreas en los hospitales y si se aplican criterios de medicina basada en evidencia

- La hemorragia es la primera causa de muerte y la atención inmediata y oportuna es la única posibilidad de evitar esta muerte.

Detrás de un suicidio (voluntario o no) hay en la mayoría de los casos un embarazo no deseado o una situación de violencia. Según la clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la salud correspondería a muerte no obstétrica y no se incluye en el cálculo de tasas de mortalidad.

- La problemática de las muertes maternas es un reflejo de las condiciones de injusticia social que viven las mujeres. Aunque es cierto que los gerentes de las salud han incorporado políticas, estrategias, programas, normas y protocolos de atención e instrumentos para analizar este problema grave de salud, todavía enfrentamos dificultades en las bases de datos estadísticos fidedignos (población, nacidos vivos, tasas, etc.) que permitan realizar estudios y evaluar la magnitud real del problema.

En el instrumento de registro específico de análisis de las muertes maternas, se evidencia una mejoría en la recogida de datos, persistiendo sin embargo dificultades en el llenado completo de la información y en la clasificación de la muerte y diagnóstico.

El análisis de las muertes maternas aunque sea un problema de salud reconocido por los gerentes y el personal de salud que atiende, sigue analizándose desde un punto de vista muy técnico y médico, aunque hay una ligera mejoría en el sentido de que en los expedientes no sólo se recoge la ficha epidemiológica sino también está la parte descriptiva y en algunos casos se pueden detectar las situaciones de pobreza, abandono, violencia, embarazos no deseados, dependiendo de la sensibilidad de la persona que recoge la historia.

El SILAIS Matagalpa ocupa uno de los primeros lugares en las tasas comparativas de mortalidad materna a nivel nacional. Es un departamento que desde 1989 el Colectivo de Mujeres de Matagalpa ha insistido en analizar profundamente la problemática como indicador de acceso al derecho ciudadano de las mujeres.

6 Recomendaciones

- Implementar políticas macros de reducción de la pobreza y de equidad de género son pilares fundamentales para poder hacer realidad los derechos de las mujeres y la disminución de las muertes maternas.
Impulsando campañas de alfabetización con los contenidos de género y derechos de las mujeres “Con nuestras propias palabras” que permita a las mujeres transformar sus realidades, fortalecerse y ser protagonistas de sus vidas.
Unir esfuerzos los actores sociales del departamento para poder contribuir a la reducción de la Mortalidad Materna, tomando en cuenta los factores más profundos.
Promover espacios donde las mujeres puedan debatir sobre sus realidades, potenciando organización de mujeres y desarrollando proyectos productivos que les permita tener control sobre los bienes producido

Realizar campañas masivas y permanentes dirigidas a la población basadas en los derechos fundamentales de los seres humanos como son los derechos sexuales y reproductivos, que permita el acceso a la decisión libre sin ningún tipo de coacción de la maternidad/paternidad responsable y por ende del uso de métodos anticonceptivos y de medidas de prevención de ITS .

- Para la formación de recursos de salud que atienden a las mujeres, desde recursos a nivel comunitario hasta el nivel de especialistas y hospital . Incorporar en los procesos de formación el enfoque y análisis de género y derechos sexuales y reproductivos. Así como implementar la metodología de auto estudio y supervisión capacitante para brindar elementos al personal de salud, de la necesidad de mejorar la calidad de atención y garantizar la credibilidad en los servicios de salud, tomando en cuenta la inequidad de género y los derechos sexuales y reproductivos, apoyándose en organismos que tienen amplia experiencia en el tema.
Monitorear los protocolos de atención e incluir la metodología que ayude a disminuir los atrasos en la familia y la comunidad (Detección de factores de riesgo y señas de peligros y motivación de búsqueda de ayuda sin demoras) aplicando estrategias de reducción de la hemorragia post parto validadas y evaluadas, como es el uso de oxitocina post parto.
- Transformar la metodología del análisis de las muertes maternas, con un objetivo que más que buscar culpables, busque insumos para incidir en el problema y que tanto el personal de salud como los actores sociales se sientan motivados a intervenir en esta problemática.
Motivar y buscar incentivos por aquellos municipios que recojan mayor calidad de datos y análisis de las muertes Maternas, incorporando indicadores de búsqueda de las causas más profundas.

Promover investigaciones para determinar las causas de la inasistencia de las mujeres a las unidades de salud y a las líderes comunitarias como son las parteras, para poder buscar soluciones y motivar a las mujeres a buscar atención en salud.

7 Anexos

7.1 Manual del Sistema de Vigilancia de la Mortalidad Materna Marco conceptual

Desde el punto de vista clínico de la clasificación internacional de enfermedades (CIE-10), las muertes maternas se agrupan en:

- Causas directas:

O00-O08 Embarazo terminado en aborto

O10-O16 Edema, proteinuria y trastornos hipertensivos en el embarazo parto y el puerperio

O20-O29 Otros trastornos maternos relacionados principalmente con el embarazo

O30-O48 Atención materna relacionada con el feto y la cavidad amniótica y con posibles problemas del parto

O60-O75 Complicaciones del trabajo de parto y del parto

O80-O84 Parto

O85-O92 Complicaciones principalmente relacionadas con el puerperio

- Causas indirectas

O95-O99 Otras afecciones Obstétricas no clasificadas en otra parte:

O95 Muerte obstétrica de causa no especificada

O96 Muerte materna que ocurre por cualquier causa obstétrica que ocurre después de 42 días pero antes de un año del parto

O97 Muertes por secuela de cualquier causa obstétrica

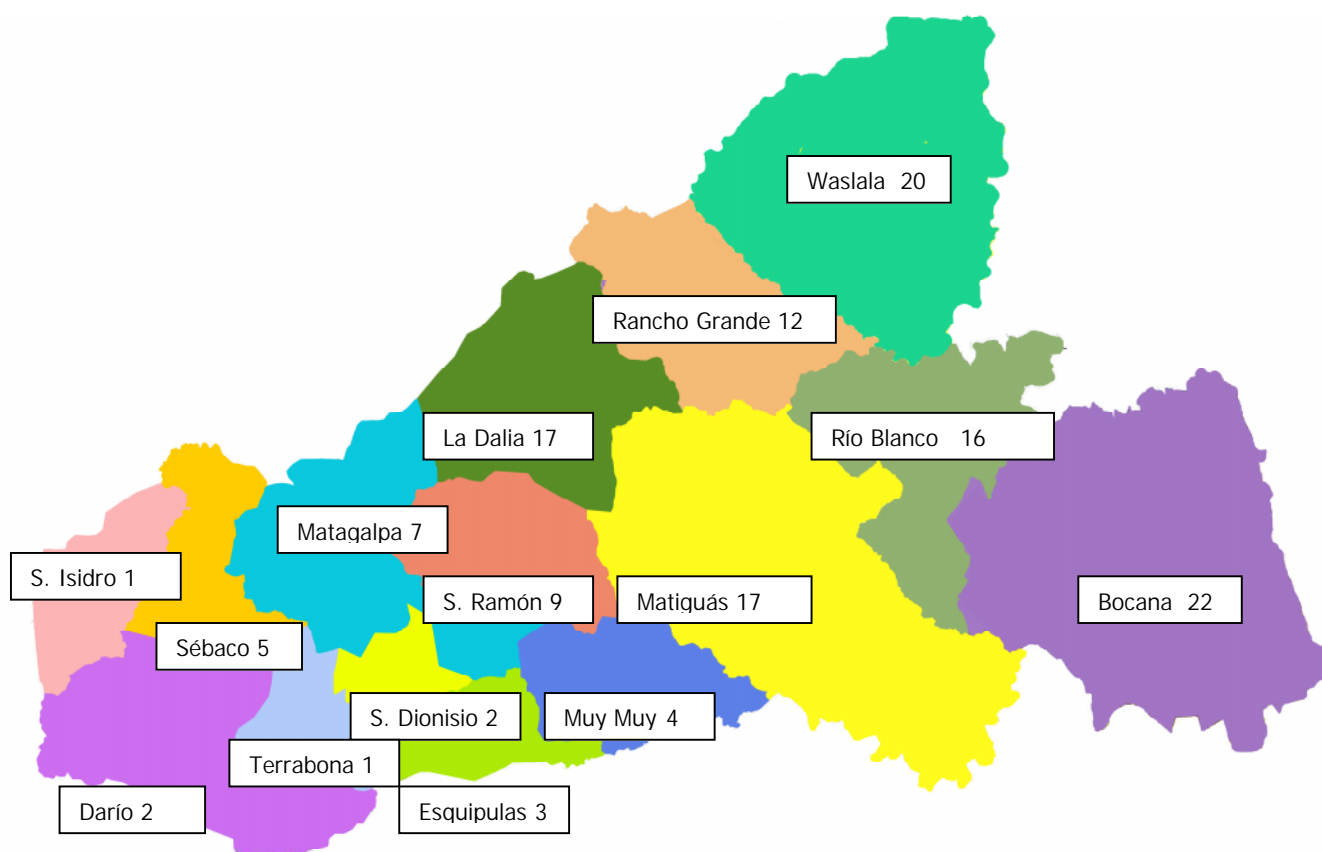
O98 Enfermedades maternas infecciosas y parasitarias clasificables en otra parte, pero que complican el embarazo, parto y el puerperio.

O99 Otras enfermedades maternas clasificables en otra parte pero que complican el embarazo parto y el puerperio

La defunción materna que no pueda ser clasificada como Obstétricas directa o indirecta deben consignarse como:

Muerte materna relacionada con el embarazo: Esta se define como la muerte de una mujer mientras esta embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo independientemente de la causa de la defunción.

7.2 Mapa del departamento de Matagalpa. Distribución de las muertes maternas.



7.3 Testimonio

Tengo 40 años y soy originaria de una comunidad rural del municipio de Matagalpa. A los 14 me junté con el único hombre que tuve, tuvimos 8 hijas/os, mi hija mayor padece del gran mal de Epilepsia, enfermedad que no la ha dejado desarrollar como una muchacha normal, yo que puse tantas esperanzas en ella.

Mi vida ha sido dura he aguantado pobreza y hambre junto a mis hijas/os, mi marido trabaja poco y nos ayuda en lo que puede, yo salgo a la comunidad para hacer trabajo doméstico, pero no es suficiente ni para sobrevivir.

Nunca pude tener un lugar para vivir con dignidad, mi casita es de paja cañizo y plástico, bueno si a esto se le puede llamar casa; vino un proyecto de casas a la comunidad, pero mi marido no quiso que nos metiéramos, me arrepentí de no haber decidido yo.

Mi último hijo tiene 6 años, yo planificaba, un día asistí a un retiro espiritual donde me comprometí a dejar de usar métodos para no estar en pecado. Salí embarazada, me sentía cansada, débil, con anemia, mal alimentada, en los cuidados prenatales que recibí se me advirtieron de los riesgos de mi embarazo y me aconsejaron que no me quedara a parir en la casa.

Cuando se me aproximaba el parto fui a la casa materna, pero como me dijeron que me faltaba regresé a mi comunidad y no volví. Un día en la madrugada me puse de parto, llamé a la partera, pero mi condición era grave y la partera no pudo hacer mucho, empecé a sangrar, no tenía los recursos para salir de la comunidad.

Di una vida pero perdí la mía y por si me faltara mi tierno nació con Síndrome de Down.

¿Quién cuidará de mis hijas /os.?

Siento angustia de dejarlos solos

No les dejé ni un techo digno para vivir

Por qué me dejé influenciar en las decisiones de mi vida

Qué será de mi hijo con síndrome de Down, si fue difícil criar a los demás.

Bibliografía

- Colectivo de mujeres de Matagalpa, Ara Sorribas, Ana. Análisis comparativo de las muertes maternas 1993-1996 en el SILAIS de Matagalpa.
- Colectivo de Mujeres de Matagalpa. Análisis de la Mortalidad Materna Matagalpa 1993-2000.
- Encuesta de Demografía y Salud 2006-2007. Informe preliminar. República de Nicaragua.
- MINSA, Nicaragua. Política Nacional de salud, 2004-2015
- MINSA Nicaragua. Manual del sistema de vigilancia de la mortalidad materna, 1996.
- MINSA Nicaragua, 2008. Análisis comparativo anual de la situación de mortalidad materna 2005, 2006, 2007.
- OMS. Informe sobre la salud mundial. 2005
- OMS. Estadísticas 2007
- MINSA. Protocolo de prevención y Manejo de la Hemorragia Post parto.2001
- MINSA. Avances y desafíos Salud Materna e Infantil en Nicaragua. 2005.
- MINSA. Normas para la atención prenatal y el parto de bajo riesgo y puerperio. 1997.
- MINSA. Situación de mortalidad materna. Dr. Beteta. Mayo 2008.
- OMS/FNUAP/UNICEF/Banco Mundial. Comunicado de prensa conjunto. La mortalidad materna disminuye demasiado lentamente. 2007.
- Piura López, Julio Introducción a la metodología de investigación científica. CIES, Nicaragua 2000
- UNFPA. Estado de la población mundial. (2001-2007)
- UNFPA. Mortalidad Materna. Actualización 2004
- UNFPA. Nicaragua 2007.