



UNIVERSIDAD ANDINA SIMON BOLIVAR
SEDE CENTRAL
Sucre - Bolivia

III CURSO DE MAESTRIA “EN SALUD PUBLICA”

**PERCEPCIÓN DE LAS FAMILIAS Y PERSONAL DE SALUD SOBRE LAS
MUERTES MATERNAS OCURRIDAS EN EL MUNICIPIO DE POROMA
EN LOS AÑOS 2004 - 2005.**

Tesis presentada para obtener el Grado
Académico de magíster en “Salud Publica”

ALUMNO(A): Ramosa Condori Méndez

Sucre – Bolivia

2007



UNIVERSIDAD ANDINA SIMON BOLIVAR

SEDE CENTRAL

Sucre - Bolivia

III CURSO DE MAESTRIA “EN SALUD PUBLICA”

**PERCEPCIÓN DE LAS FAMILIAS Y PERSONAL DE SALUD SOBRE LAS
MUERTES MATERNAS OCURRIDAS EN EL MUNICIPIO DE POROMA
EN LOS AÑOS 2004 - 2005.**

Tesis presentada para obtener el Grado
Académico de magíster en “Salud Pública”

ALUMNO(A): Ramosa Condori Méndez

TUTORA : Dra. Lilian Calderón

Sucre – Bolivia

2007

AGRADECIMIENTOS

Es imposible realizar un trabajo de esta naturaleza sin el compromiso de varios individuos, debido a todo lo que significa en tiempo y esfuerzos. Para este trabajo investigación cualitativa reconocer:

A la **UNIVERSIDAD ANDINA SIMON BOLIVAR**
por haberme acogido en sus aulas.

A mis **docentes** por los conocimientos que me
han impartido

Mención especial a mi Tutora Dra. Lilian
Calderón por la paciencia y el apoyo brindado
para la elaboración del presente trabajo,
asesorarme en el protocolo e instrumentos
de investigación y revisión del informe final.

A **CARE** Bolivia por el apoyo en el trabajo de investigación cualitativa.

A Médicos, Auxiliares de Enfermería de los Servicios de Salud del Municipio de Poroma que me colaboraron y facilitaron el trabajo de investigación.

Para Sergio mi esposo quien motivo mi trabajo de investigación.

Para Ibet, Magali, Sergio Luís y Laura quienes motivaron mis pequeños y grandes esfuerzos de mi tesis.

TABLA DE CONTENIDOS

RESUMEN.....	i
--------------	---

CAPITULO I INTRODUCCION

1.1	Antecedentes	1
1.2	Principales Características del Municipio	3
1.2.1	Salud	6
1.3	El Problema de Investigación.....	14
1.4	Propósito	15
1.5	Justificación.....	15
1.6	Objetivos	18
1.6.1	Objetivo General.....	18
1.6.2	Objetivos Específicos	19

CAPITULO II MARCO TEORICO

2.1	Situación Nacional	20
2.2	Muerte Materna y Accesibilidad a servicios de Salud	23
2.2.1	Primera Demora-Aspectos Socioculturales..	25
2.2.2	Segunda Demora-Accesibilidad Física.....	28
2.2.3	Tercera Demora-Servicio de Salud.....	29
2.2.4.1	Causas Biológicas de las Muertes Maternas	31
2.2.5	Definiciones de Casos	31
2.25.1	Defunción Materna.....	33

CAPITULO III METODOLOGIA

3.1	Enfoque de la Investigación	34
3.2	Tipo de Estudio	35

3.3	Muestra	35
3.4	Area de Estudio	36
3.5	Fuentes de Información	36
3.6	Técnicas de Recolección de Datos	37
3.6.1	Grupos Focales	37
3.6.2	Elaboración de la Guía de Grupos Focales ...	37
3.6.3	Constitución y Desarrollo de los Grupos Focales	38
3.6.4	Entrevista en Profundidad	44
3.7	Procesamiento de la Información	47
3.8	Triangulación	49

CAPITULO IV ANÁLISIS DE RESULTADOS

4.1	Resultados de la Investigación	50
4.2	Condición del Recién Nacido.....	54
4.3	Demoras que han tenido Relación con las Muertes Maternas ocurridas en Poroma.....	54
4.3.1	Primera Demora	55
4.3.2	Segunda Demora	60
4.3.3	Tercera Demora	62
4.4	Organización y Capacidad Instalada de los Servicios de Salud	70
4.5	Repercusión en la Familia y la Comunidad ..	76

CAPITULO V CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1	Conclusiones	81
5.2	Recomendaciones	85
5.3	Bibliografía	87

ANEXOS.

Anexo 1 Mapa N° 1 Departamento de Chuquisaca

- Anexo 2 Vista Panorámica Municipio de Poroma
- Anexo 3 Mapa N° 2 Ubicación Geográfica
- Anexo 4 Mapa N° 3 Densidad Poblacional por Comunidad
- Anexo 5 Mapa N° 4 Accesibilidad Vial y Red de Servicios
- Anexo 6 Grupo focal con la Comunidad
- Anexo 7 Entrevistas en Profundidad
- Anexo 8 Puesto de Salud de la Palca - Poppo del Municipio de Poroma
- Anexo 9 Accesibilidad Caminera
- Anexo 10 Fragmentos de Entrevistas en profundidad y Grupos Focales a Miembros de la Familia y Personal de Salud.
- Anexo 11 Entrevistas en Profundidad a familiares de Mujeres Fallecidas
- Anexo 12 Códigos asignados al Personal de Salud en Grupos Focales
- Anexo 13 Códigos asignados a Familiares de las Mujeres Fallecidas en Grupos Focales
- Anexo 14 Códigos asignados a Familiares de la Mujeres Fallecidas en Entrevistas en Profundidad
- Anexo 15 Códigos asignados al Personal de Salud en Entrevistas en Profundidad

RESUMEN

RESUMEN

Pese al descenso observado en la última década, Bolivia continua siendo el país con la Razón de Mortalidad Materna más alta de América Latina, cada año mueren aproximadamente 650 mujeres, 2 cada día, la mayoría por causas evitables.

En los casos de muertes maternas, aparte de las causas biológicas, concurren los factores sociales que incluyen el bajo nivel general de salud concurrente con altas tasas de fertilidad, extrema pobreza y falta de acceso a la salud y saneamiento básico.

Para contribuir a la reducción de la mortalidad materna, considerado como un problema de Salud Pública que afecta principalmente a mujeres pobres, se decidió realizar una investigación sobre la percepción de las Familias y Personal de Salud de las Muertes Maternas en Poroma, que es un Municipio Rural de Chuquisaca, de difícil acceso pese a su cercanía con la Capital del Departamento por la deficiente red caminera con la que cuenta, su población (18.141 habitantes) es predominantemente de origen quechua, la incidencia de la pobreza alcanza al 99,3% , con una tasa de analfabetismo que en el caso de las mujeres llega al 54%. Es considerado como uno de los Municipios del Departamento de Chuquisaca con peores condiciones de salud, donde el 62% de los partos son atendidos en domicilio por personal no calificado. En los años 2004 y 2005 en este municipio se registraron 8 Muertes Maternas

El objetivo de la investigación es poder conocer la Percepción de las Familias y Personal de Salud relacionado con las Muertes Maternas en el Municipio de Poroma, la organización de los servicios, su capacidad resolutive en casos de emergencia obstétrica, para que de acuerdo a los resultados se planteen acciones locales que permitan reducir la Mortalidad Materna en el Municipio.

Se realizó una amplia revisión bibliográfica de investigaciones efectuadas sobre el mismo tema, la mayoría con base población y con una desagregación que llega en la mayoría de los casos hasta el nivel Departamental.

Se realizó un estudio descriptivo transversal retrospectivo con enfoque cualitativo. Para recolectar la información se utilizaron las Técnicas de Grupos Focales y Entrevistas en Profundidad, como técnica de control y evaluación, se realizó la triangulación.

Entre las conclusiones a las que se llegó se destacan las siguientes:

De los ocho casos registrados, se confirmaron las ocho como muertes maternas.

El mayor porcentaje de las Muertes Maternas ocurrieron en domicilio, La mayoría de mujeres murieron durante o después del parto, lo que corrobora que el parto es el momento más peligroso para la mujer embarazada.

En cuanto a las tres demoras relacionadas con las Muertes Maternas, cuatro mujeres no tomaron la decisión de acudir a un servicio de salud para la atención del parto o sus complicaciones (primera demora), una decidió ir a un Servicio de Salud, pero no pudo hacerlo porque no tenía con quien dejar a sus hijos (segunda demora). Dos mujeres llegaron a los servicios de salud donde no pudieron resolver su problema y demoraron en la referencia a servicios de mayor complejidad (tercera demora).

Los servicios de salud del municipio no tienen capacidad resolutoria en casos de emergencias obstétricas, en la mayoría carecen de los insumos y medicamentos esenciales para tratar casos de emergencia obstétrica, no todo el personal de salud está capacitado y tiene las competencias necesarias para la atención y resolución de complicaciones obstétricas. Los principales problemas identificados para realizar las referencias oportunas son las grandes distancias, el mal estado de los caminos, el mal estado de los medios de transporte.

En la comunidad desconocen las principales complicaciones que se pueden presentar durante el embarazo, parto y puerperio y los signos de peligro y no acceden a los servicios principalmente por la distancia y por las barreras culturales, refieren haber sufrido en algún momento maltrato por parte del personal de salud.

En la mayoría de los casos, como consecuencia de la Muerte Materna la familia se desintegra los más afectados por la muerte de la madre son los niños.

Para contribuir a la reducción de la Mortalidad Materna en el Municipio de Poroma, se proponen las siguientes estrategias:

- Organizar adecuadamente la red obstétrica de atención y el sistema de referencia y contrarreferencia.
- Llevar adelante una estrategia de información, comunicación y sensibilización a la comunidad sobre las complicaciones obstétricas y los signos de peligro. Informar y sensibilizar a las autoridades locales y tomadoras de decisiones sobre la magnitud de la Mortalidad Materna en Poroma.

INTRODUCCION

CAPITULO - I

INTRODUCCION

1.1 ANTECEDENTES

La mortalidad materna por su carácter de indicador sensible, sintetiza el estado de salud de una población, así como de las desigualdades en el desarrollo económico social y las inequidades en el acceso a bienes y servicios.

Cada año, 23.000 mujeres mueren en América Latina y el Caribe por complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio, la mayoría de las cuales pueden evitarse". (Organización Mundial de Salud 2004).

“Una sola muerte materna en un año es una tragedia; 23.000 muertes es vergonzoso, dijo la directora de la Organización Panamericana de la Salud, Mirtha Roses Periago. “Una amplia mayoría de las mujeres que muere en Latinoamérica y el Caribe muere por causas evitables, que son prevenidas en forma rutinaria en los países desarrollados” afirmó.

La mortalidad materna es un obstáculo para el desarrollo, por eso en el año 2000 los países miembros de las Naciones Unidas se comprometieron a reducir la mortalidad materna en un 75 por ciento para el año 2015, a través de un consenso de 189 países denominado “Metas de Desarrollo del Milenio” El objetivo del Milenio en Salud Materna es: Reducir la Tasa de Mortalidad Materna en tres cuartas partes.

En el ámbito de la salud materna, además de reforzarse sus componentes habituales, se enfatiza a partir de 1994 en la atención de la emergencia obstétrica pero ligada a la responsabilidad social, a la organización de fondos solidarios locales y al funcionamiento de redes comunitarias y de servicios para enfrentar la mortalidad materna.

Las causas sociales de la mortalidad materna incluyen el bajo nivel general de salud concurrente con altas tasas de fertilidad, extrema pobreza y falta de acceso a la salud y saneamiento básico.

En la región, por cada 100.000 niños nacidos vivos mueren 190 mujeres, más de 10 veces la razón de mortalidad materna en Estados Unidos (17 por cada 100.000 nacidos vivos). (Encuesta Pos Censal de Mortalidad Materna 2000(1))

“La mortalidad materna en la región no es un problema de todas, es un problema de las mujeres pobres y de las mujeres de los grupos excluidos”, afirmó la jefa de la División de Programas Sociales del BID Mayra Buvinic.

Para Bolivia las últimas cifras disponibles corresponden a las determinadas por la Encuesta Post Censal de Mortalidad Materna EPMM, realizada por el Instituto Nacional de Estadística INE para el año 2000 de 235 muertes maternas por 100.000 nacidos vivos y la estimada por la Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2003 ENDSA para el quinquenio 1998- 2003, 229 muertos por cada 100.000 nacidos vivos.

En los servicios de salud, las cifras son más altas de lo que se presumía alrededor de 176 por 100.000 nacidos vivos, y por tanto igualmente impactantes, porque junto al deterioro de la calidad de vida, interactúan otros elementos, como insuficiente y deficiente desarrollo de los servicios obstétricos, que tienen que ver con la calidad de atención, se sabe que el periodo breve que transcurre entre la presentación de una complicación grave y la muerte significa que la atención debe estar disponible cerca de los hogares de las mujeres o en un lugar al que pueden llegar por medio de transporte rápido y asequible.

La razón de mortalidad materna para el departamento de Chuquisaca para el año 2000, determinada EPMM, es de 184 defunciones maternas por 100.000 nacidos vivos, inferior a la determinada para Bolivia. En números

absolutos el año 2000 en Chuquisaca se registraron 33 muertes maternas, de las cuales dos corresponden al Municipio de Poroma

En el municipio de Poroma, en los años 2004 y 2005 se han registrado 8 muertes maternas.

1.2 PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS DEL MUNICIPIO DE POROMA

Poroma es uno de los 28 Municipios del Departamento de Chuquisaca de la República de Bolivia.

El Municipio de Poroma se encuentra ubicado al norte de la provincia Oropeza del departamento de Chuquisaca, al sur limita con el Municipio de Sucre Capital de Departamento, al norte con el Municipio de Zudañez al este con el Departamento de Potosí y al oeste con el Departamento de Cochabamba tiene una extensión geográfica de 1478.85 Km² mapa N° 2 y se encuentra a 3000 metros de altura sobre el nivel del mar.

El municipio presenta una gran variedad topográfica, con cerros, llanuras, terrenos de relleno y algunas cimas. Poroma dispone de importantes recursos hídricos con un caudal aceptable que se usa en el riego, los ríos que atraviesan su territorio pertenecen a la cuenca del río grande, siendo el principal, el río de Poroma. Una mejor utilización de estos recursos hídricos, podría modificar sustancialmente el desarrollo de su agricultura

El clima en el municipio es variable, semihumedo, seco, semiárido con un promedio de temperatura de 17 grados centígrados.

Poroma es un municipio eminentemente agrícola, los cultivos principales son de papa, maíz, trigo, el destino de la producción es el consumo y lo sobrante se comercializa principalmente en los mercados de Cochabamba y

Sucre. En fruticultura tiene una gran variedad de frutas, destacándose principalmente la producción de chirimoya, fruta que tiene una calidad excepcional y que puede competir en el mercado Nacional.

La ganadería es una actividad complementaria a la agricultura, con predominio del ganado vacuno y, equino, la ganadería menor esta compuesta por ganado caprino y ovino, esta actividad no tiene una orientación económica, se destina al consumo y se vende el excedente cuando existe

En el territorio del municipio se encuentran importantes Yacimientos de Yeso y Cal que son actualmente explotadas por diversas empresas Fabrica Nacional de Cemento, Álamos entre otras y personas particulares que explotan rústicamente estos recursos por su propia cuenta, lo que les genera ingresos económicos.

Pese a su cercanía a la capital del departamento, debido a lo accidentado de su topografía y por no contar con una red caminera estable y transitable en todo el año, el acceso es difícil, especialmente en la época de lluvias.

En relación a los servicios básicos, de acuerdo al Plan de Desarrollo Municipal PDM, solo el 18,9 % de las comunidades cuentan con agua por cañería no potabilizada, en el resto de las comunidades se proveen de agua de vertientes naturales. Solo el centro poblado de Poroma cuenta con un Sistema de Alcantarillado, las comunidades campesinas no cuentan ni siquiera con letrinas y eliminan sus excretas al aire libre con los peligros de contaminación que ello acarrea.

En Poroma, solamente el 4,0% de la población total cuenta con el servicio de energía eléctrica, el restante 96% carece de este servicio básico.

los principales combustibles utilizados son la leña y el kerosén. El único medio de Telecomunicación del Municipio es el que brinda la Empresa Nacional de Telecomunicaciones ENTEL.

Políticamente el municipio de Poroma es la segunda sección de la provincia Oropeza, esta conformado por un cantón que lleva el mismo nombre, tiene 29 comunidades rurales y 1 Junta Vecinal urbana capital del municipio es la localidad de Poroma, ubicada a 132 kilómetros de la ciudad de Sucre mapa N° 3, se constituye en el centro poblado más importante del municipio

De acuerdo al Censo de Población y Vivienda del año 2001, Poroma tiene una población estimada de 18.141 habitantes, de los cuales 9.109 son varones y 9.032 son mujeres, el total de la población es considerada rural. En el municipio existen 1692 hogares con un promedio de 4,2 personas por hogar. La densidad poblacional alcanza a 12 habitantes por km².

La incidencia de la pobreza de 99,3 por ciento, siendo considerado como uno de los más pobres del país.

La población del Municipio de Poroma es de origen quechua, las étnias originarias que están dentro del Municipio han mantenido una estructura precolombina. El idioma que más se habla es el quechua, (93,9%), sin embargo existe una influencia creciente de la lengua castellana, especialmente en la población joven que en su mayoría utiliza el quechua y el castellano indistintamente.

La comunidad tradicional quechua ayllu en si mismo no es una unidad de producción, es un territorio compartido por familias que producen de manera individual y donde existen mecanismos institucionalizados que regulan y facilitan la constitución de grupos de cooperación y que norman las reglas de comportamiento entre sus integrantes, las obligaciones que uno tiene con los otros y la distribución de tareas. La asamblea comunal es la máxima instancia de autoridad y eje de la vida comunitaria, su potestad se extiende desde el dominio económico de los recursos comunales hasta todas las manifestaciones

sociales, las mujeres solo asisten a la asamblea si son viudas o si el marido esta ausente.

En relación a la religión, predomina en la mayor parte del municipio la religión católica entre mezclada con todo lo que representa su religión atávica, como la creencia en la Pachamama en honor de la cual realizan numerosos ritos y fiestas.

En relación a la educación la tasa de alfabetismo en el Municipio de Poroma es el 62,7%, lo que significa que aproximadamente 7 de cada 10 personas saben leer y escribir, sin embargo existe una diferencia marcada a favor de los varones (40.6 %) en relación a las mujeres (67.7%).

El Municipio cuenta con 20 centros educativos de los cuales dieciocho se encuentran en las diferentes comunidades campesinas y dos en el centro poblado de Poroma

1.2.1 SALUD

El Índice de Necesidades de Salud Insatisfechas INSI es un índice resumido que se elabora tomando en cuenta cinco indicadores: Recursos Humanos x 10.000 Habitantes (médicos, enfermeras y auxiliares), tasa de analfabetismo, tasa de mortalidad Infantil, hogares sin agua, Incidencia de Pobreza, que después de ser estandarizados permiten obtener un valor de Z. Este índice permite realizar comparaciones entre los municipios. Cuanto más alto el valor de Z, peores condiciones de salud del municipio.

De acuerdo a este índice, los Municipios con peores condiciones de salud se encuentran en los quintiles quinto y cuarto, Poroma se encuentra en el segundo lugar después del municipio de Presto, lo que muestra de que de los 28 municipios de Chuquisaca es uno de los dos que se encuentran en peores condiciones y que por lo tanto requiere intervenciones urgentes para mejorar sus condiciones de salud.

Tabla N° 1
ÍNDICE DE NECESIDADES DE SALUD INSATISFECHAS – CHUQUISACA
2003

Municipio	RRHH x 10.000 Habitantes	Tasa de Analfab etismo	Tasa de Mortali dad Infantil	Hogares sin Agua	Incidencia de Pobreza	Total Valor Z	Quinti les
Presto	1.294	1.903	1.985	0.883	0.818	6.883	Q5
Poroma	0.705	1.076	1.627	1.494	0.901	5.803	
Tarvita	0.952	1.055	1.165	1.645	0.818	5.634	
Incahuasi	1.732	0.535	1.138	0.625	0.651	4.681	
San Lucas	0.971	0.407	0.665	1.166	0.734	3.943	
Tarabuco	0.800	1.391	1.296	-0.114	0.485	3.857	Q4
Azurduy	-0.397	0.982	0.739	1.494	0.485	3.302	
Icla	0.952	1.386	0.960	-0.997	0.901	3.201	
Tomina	0.534	0.774	1.038	-0.520	0.568	2.395	
Mojocoya	0.838	-0.300	-0.060	0.884	0.318	1.680	
Culpina	0.667	-0.052	-0.092	0.182	0.401	1.107	Q3
Sopachuy	-0.777	0.807	-0.066	0.769	0.235	0.968	
El Villar	-0.226	0.177	-0.413	0.771	0.651	0.960	
Yamparaez	-0.606	0.393	-0.239	-0.153	0.401	-0.204	
Huacaya	-0.359	-1.366	-0.255	0.886	0.818	-0.276	
Zudañez	-0.815	0.506	0.276	-0.296	-0.181	-0.510	
Huacareta	-0.682	-0.241	-0.544	0.578	0.068	-0.821	Q2
Alcala	0.439	-0.170	-0.544	-0.375	-0.181	-0.832	
Villa Serrano	0.097	-0.214	0.218	-0.611	-0.348	-0.858	
Padilla	-0.169	-0.551	-0.271	-0.313	-0.098	-1.403	
Muyupampa	0.344	-0.934	-0.460	-0.506	-0.514	-2.070	
Yotala	-0.853	-0.221	-0.229	-1.299	-0.681	-3.282	
Camargo	0.857	-0.861	-0.592	-1.489	-1.430	-3.515	Q1
Monteagudo	0.116	-0.876	-1.223	-0.556	-1.180	-3.719	
Villa Abecia	-1.423	-0.633	-1.028	-0.471	-0.431	-3.987	
Machareti	-1.119	-1.928	-1.869	0.161	-0.265	-5.021	
Las Carreras	-0.948	-0.986	-1.875	-1.688	0.068	-5.428	
Sucre	-2.925	-2.057	-1.349	-2.148	-4.011	-12.489	

Fuente: Servicio Departamental de Salud de Chuquisaca Área Análisis de Situación de Salud (ASIS)

Poroma tiene una Tasa Global de Fecundidad 7 hijos por mujer, la Tasa de Mortalidad Infantil es de 110 x 1000 nacidos vivos Tasa de Fecundidad en Adolescente 67.4 nacidos por cada 100 mujeres, Índice de Masculinidad 100 Razón de Mortalidad Materna 230 x 100.00 n. v. Y la Razón de dependencia 106.0% Fuente ASIS Red 1 Sucre

De acuerdo a la información recabada de la Red de Salud I Sucre, Poroma se encuentra entre los municipios con coberturas más bajas de los 28 municipios del Departamento de Chuquisaca.

De acuerdo Sistema Nacional de Información en Salud SNIS de la Red I Sucre, las cinco primeras causas de morbilidad identificadas en el Municipio de Poroma son: enfermedades del Aparato Respiratorio, Enfermedades Diarreicas, Enfermedades Parasitarias, Enfermedades del Aparato Digestivo, Enfermedades Osteomusculares.

De acuerdo a la misma fuente, las cinco primeras causas de mortalidad identificadas en el municipio de Poroma son: las enfermedades del Aparato Circulatorio, enfermedades por Deficiencia de la Nutrición, enfermedades del Aparato Digestivo, enfermedades Diarreicas Agudas.

Dentro de la organización sanitaria del Departamento de Chuquisaca, el Municipio de Poroma depende técnicamente de la Gerencia de Salud Red I Sucre. La Red de Servicios del municipio está constituida por el hospital de Poroma, cuatro Centros de Salud y ocho Puestos Salud ubicados en las diferentes comunidades (mapa N° 4), todos los servicios corresponden al primer nivel de atención.

En general la infraestructura de los Centros de Salud es buena, sin embargo el equipamiento es regular. El Hospital cuenta con infraestructura apropiada para su nivel de atención, cuenta con dos consultorios externos, una sala de partos, tres salas de internación con 15 camas, laboratorio, farmacia, consultorio de odontología, una oficina administrativa, cocina, deposito. Los

Centros y Puestos de Salud cuentan con un consultorio externo, una sala de Partos, Enfermería y dos camas de Internación cada uno.

Como medios de comunicación y transporte, cada uno de los servicios de salud cuenta con una radio, las que se encuentran en regular estado de funcionamiento, además en algunas comunidades funcionan cabinas de telecomunicación. Como medios de transporte cuentan con una ambulancia, una camioneta ambos se encuentran en el hospital de Poroma, doce motocicletas distribuidas en los diferentes Centros y Puestos de Salud.

En relación al personal de salud, en el municipio de Poroma trabajan seis Médicos Generales, una Odontóloga, un Bioquímico, una Licenciada de Enfermería, trece Auxiliares de Enfermería, un Conductor, una Administradora y un Personal de servicio, distribuidos en los diferentes establecimientos de salud de acuerdo al detalle que se muestra en el cuadro N° 2

Cuadro N° 2

PERSONAL DE SALUD MUNICIPIO DE POROMA 2005

SERVICIOS DE SALUD	Médi Cos	Odon Tologos	Bioqui Cos	Lic. En Enfermería	Aux. en Enfermería	Persona l Administrativo	Persona l De Servicio	Conduc tor
Hospital Poroma	2	1	1	1	2	1	1	1
CS Copavilque	1				1			
PS Luje					1			
CS Chicmuri	1				1			
PS Kainacas					1			
CSTolapampa	1				1			
PS Challcha					1			
CS Horcas	1				1			
P.S Popop					1			
PS Agial					1			
P.S La Palca					1			
P.S Cucuri					1			
TOTAL	6	1	1	1	13	1	1	1

Fuente: Elaboración propia con datos proporcionados por Jefatura de Recursos Humanos Red I Sucre

De acuerdo al Sistema Nacional de Información en Salud SNIS de la Red de Salud I Sucre 2004 – 2005 las coberturas alcanzadas en el municipio de Poroma en la atención a menores de cinco años y las mujeres en edad fértil son las siguientes:

Cuadro N° 3

COBERTURAS DE ATENCIÓN AL MENOR DE 5 AÑOS - MUNICIPIO POROMA GESTIONES 2004 - 2005

PRESTACIONES	2004	2005
Pentavalente 3° dosis	71%	76%
Antisarampionosa	70%	70%
EDAS	92%	84%
*Neumonías	128%	129%
Administración Sulfato Ferroso	39%	54%

Fuente: Elaboración propia con datos proporcionados SNIS Red de Salud I Sucre.

*La cobertura de atención en neumonías a niños menores de cinco años alcanzo a mas del 100% en el año 2004 y 2005 por diagnósticos no apropiados para justificar la utilización de medicamentos del SUMI.

Se puede observar que no se ha llegado a una cobertura del 100% en la aplicación de vacunas que es lo que se espera para poder erradicar las enfermedades inmunoprevenibles.

En el municipio de poroma, según el Sistema de información en salud SNIS, las coberturas de atención a mujeres en edad fértil logradas son:

CUADRO N° 4
COBERTURAS DE ATENCIÓN A MUJERES EN EDAD FERTIL
MUNICIPIO POROMA GESTIONES 2004 - 2005

PRESTACIONES	2004	2005
Controles Prenatales Nuevos	59%	62%
Cuarto Control	45%	35%
Parto en Servicio	28%	36%
Parto por Partera	4%	5%
Orientación Planificación Familiar	53%	65%
Cobertura de PAP	15%	47%

Fuente: Elaboración propia con datos proporcionados SNIS Red de Salud I Sucre

El Control Prenatal llegó a 59% en el año 2004 y aumento a 62% en el 2005, lo que muestra que solo un poco más de la mitad de las mujeres embarazadas acceden al control prenatal, situación que preocupa al igual que la cobertura alcanzada en el cuarto control prenatal, que nos muestra que del total de las mujeres que tuvieron acceso al primer control prenatal, ni siquiera el 40 % en la gestión 2005 llegó a los cuatro controles.

En relación a la atención del parto, se puede observar que casi el 70% de los partos están siendo atendidos en los domicilios, con el riesgo que esto implica.

De acuerdo al sistema de vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna, en el Municipio de Poroma se registraron cuatro muertes maternas en la gestión 2004 y cuatro en la gestión 2005, lo que significa que en el municipio de poroma la razón de la mortalidad materna estimada sería de 551 muertes maternas por 100.000 nacidos vivos, más del doble de lo estimado para chuquisaca por la EPMM.

1.3. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

El municipio de Poroma es un municipio rural del departamento de Chuquisaca, de difícil acceso pese a su cercanía con la capital del departamento por la deficiente red caminera con la que cuenta, su población es predominantemente de origen quechua, la incidencia de la pobreza alcanza al 99,3%, con una tasa de analfabetismo que en el caso de las mujeres llega al 54%.

De acuerdo al Índice de Necesidades de Salud Insatisfechas, Poroma se encuentra ubicado en el quintil 5, siendo considerado con el municipio de Presto, como los dos municipios del Departamento de Chuquisaca con peores condiciones de salud.

Las coberturas alcanzadas en la atención a los niños menores de cinco años y a las mujeres en edad fértil en su red de servicios conformada por un hospital básico, cuatro centros de salud y ocho puestos sanitarios son bajas, y no han mejorado pese a la implementación de estrategias tendientes a eliminar la barrera económica como el Seguro Universal Materno Infantil SUMI.

En Poroma la cobertura de control prenatal llegó a 59% en el año 2004 y aumento a 62% en el 2005, lo que muestra que solo un poco más de la mitad de las mujeres embarazadas accedieron al primer control prenatal, situación que preocupa al igual que la cobertura alcanzada en el cuarto control prenatal, que nos muestra que del total de las mujeres que tuvieron acceso al primer control prenatal, solo el 35% en la gestión 2005 llegó a los cuatro controles.

En el municipio de Poroma el 64% de los partos son atendidos en domicilio por personal no calificado, esta situación es altamente preocupante porque existe evidencia científica que la atención del parto en servicios de salud o por personal calificado es una de las mejores estrategias para reducir la mortalidad materna.

De acuerdo a su población y el número de muertes registrados en los

años 2004 y 2005, la razón de mortalidad materna para el municipio sería de 551 por 100.000 nacidos vivos, muy superior a la razón de mortalidad materna definida para Bolivia por la Encuesta Post Censal de Mortalidad Materna 235 por 100.000 nacidos vivos.

Esta situación ha motivado a realizar la presente investigación, siendo las preguntas planteadas, las siguientes:

- 1.- ¿Cuál es la percepción de las familias y del personal de salud respecto a las muertes maternas en Poroma?
- 2.- ¿Cuáles son las demoras relacionadas con las muertes maternas?
- 3.- ¿Cuál es la percepción de las familias y el personal de salud respecto a los servicios de salud y su capacidad resolutive frente a las emergencias obstétricas?
4. ¿Cómo repercuten las muertes maternas en la familia y la comunidad?

1.4. PROPÓSITO

Conocer la percepción de las familias y del personal de salud respecto a las muertes maternas, y la capacidad de los servicios de salud para resolver las emergencias obstétricas, permitirá plantear estrategias para mejorar las coberturas de atención integral a la mujer en edad fértil y prevenir otras muertes maternas en el municipio de Poroma.

1.5. JUSTIFICACION.

Bolivia ostenta la Razón de Mortalidad Materna más alta en Sur América: 235 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos, dato que se ha obtenido mediante la Encuesta Post Censal de Mortalidad Materna realizada el año 2002, y corroborada por la encuesta de Demografía y Salud realizada en el año 2003, donde se estima una razón de mortalidad materna de 229 defunciones maternas por cada 100.000 nacidos vivos.

La razón de mortalidad materna entre las mujeres que tienen sus partos en hospitales es de 176 por 100.000 nacidos vivos, mientras que la razón de mortalidad materna es de 677 por 100.000 nacidos vivos entre las mujeres que los han tenido en domicilio ,con amplias variaciones departamentales (124 en Tarija y 352 en Potosí, como cifras extremas).(Mosby/Doyma)

Pese al descenso observado en la última década, Bolivia continua siendo uno de los países con la mortalidad más alta de América Latina, cada año mueren aproximadamente 650 mujeres, 2 cada día, la mayoría por causas evitables ENDSA 2003.

Con la finalidad de reducir la mortalidad materna, en 1996 se creó el Seguro de Maternidad y Niñez, que permitía la atención gratuita en los Servicios de Salud dependientes del Ministerio y la Seguridad Social del embarazo, el parto y sus complicaciones, seguro que fue ampliado a mayor número de prestaciones y cambiado de nombre a Seguro Básico de Salud SBS en 1998, que cubría incluso el traslado de los casos de emergencia obstétrica del domicilio de la embarazada a los servicios de salud.

Actualmente está vigente el Seguro Universal Materno Infantil (SUMI) que amplía las prestaciones que cubren a la mujer desde el inicio del embarazo hasta seis meses después del parto, sin embargo pese a este sistema de aseguramiento gratuito voluntario y el incremento de las coberturas de atención del parto por personal calificado, especialmente en el área urbana, la mortalidad materna continua siendo alta, lo que indica que existen otros factores que estén afectando para que se produzcan las muertes maternas.

Se tiene la evidencia de que la mortalidad materna y la morbilidad obstétrica no son acontecimientos estrictamente biológicos, sino expresiones particulares de las condiciones de vida que repercuten en el desarrollo de los procesos físicos y psíquicos, ya que los individuos que componen una sociedad no son todos iguales.

Asimismo, no basta ofertar servicios para que estos sean consumidos, por cuanto la producción de acciones de salud en cantidad y calidad surge como resultado de las relaciones sociales que se establecen entre quienes ofertan esos servicios y la colectividad que los consume.

Las deficiencias en los cuidados de la mujer en el hogar y problemas obstétricos impredecibles, especialmente en las mujeres que tienen sus partos en domicilios, atendidos por personal no calificado, como sucede habitualmente en el área rural , pueden conducir a situaciones graves y a la muerte de las mujeres.

En los últimos años se han realizado una serie de investigaciones sobre mortalidad materna, entre las que se destacan la Encuesta Postcensal realizada el 2002, las encuestas de Demografía y Salud realizadas en los años 1989, 1994 y 2003 que han permitido conocer la magnitud del problema en Bolivia y han dado lugar a la implementación de estrategias para la reducción de la mortalidad materna como el Seguro universal Materno Infantil en actual vigencia.

Existe evidencia, que para lograr la reducción de la mortalidad materna, son también importantes las acciones locales que se pueden desarrollar en ciertas áreas geográficas, acciones en las que deben participar no solo el personal de salud, sino también las autoridades locales y la comunidad.

Para identificar cuales acciones se tendrían que desarrollar, primeramente se tiene que conocer las causas y factores sociales relacionados con las muertes maternas, la organización y capacidad resolutive de los servicios entre otros.

En Chuquisaca, Poroma es uno de los municipios más críticos por su índice de pobreza, Índice de Necesidades de Salud Insatisfechas y por la cantidad de muertes maternas reportadas en los años 2004 y 2005 por el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la mortalidad materna de la Red I

Sucre.

Por lo anotado, se decidió realizar una investigación cualitativa para conocer la percepción de hombres y mujeres de la comunidad y el personal de salud respecto a los factores sociales relacionadas con las muertes maternas ocurridas en el municipio de Poroma en los años 2004 – 2005, identificar las demoras relacionadas con estas muertes, la organización de los servicios, su capacidad resolutive en casos de emergencia obstétrica entre otros, para que de acuerdo a los resultados se puedan implementar acciones locales que permitan reducir la mortalidad materna en el municipio.

Los resultados serán de interés del personal de salud, autoridades, e instituciones que trabajan en el municipio, para poder plantear estrategias de intervención que permitan disminuir la muerte de mujeres por complicaciones del embarazo parto y puerperio.

1.6 OBJETIVOS

1.6.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar la percepción de las familias y personal de salud sobre las muertes maternas ocurridas en el municipio de Poroma en las gestiones 2004- 2005, identificando las causas sociales y demoras relacionadas con las muertes maternas para poder plantear o proponer estrategias de intervención locales que contribuyan a la reducción de la mortalidad materna en el Municipio

1.6.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 1 Conocer las percepciones de las familias y personal de salud sobre las muertes maternas y los factores sociales relacionados con las mismas.
- 2 Identificar las demoras en relación con las muertes maternas ocurridas

en el municipio de Poroma.

- 3 Describir la organización y la capacidad instalada de los servicios para resolver casos de emergencia obstétrica en los lugares donde se produjeron las muertes maternas
- 4 Explorar la repercusión que han tenido en las familias y comunidades, las muertes maternas.

CAPITULO - II

CAPITULO II MARCO TEORICO

2.1. SITUACIÓN NACIONAL

La preocupación en Bolivia por la mortalidad materna data desde 1977, o por lo menos es la que se conoce porque esta documentada, cuando en el V Congreso Boliviano de Ginecología y Obstetricia, la mortalidad materna fue el tema oficial del evento científico, lo que ameritó que se realizara una investigación, de donde surgió la tasa de mortalidad materna de 480 defunciones por 100.000 nacidos vivos, que fue la asignada a Bolivia y perduró por casi dos décadas.

Posteriormente hubo esfuerzos de diferente magnitud y características para lograr construir el indicador, pero las investigaciones con base poblacional son pocas; entre ellas, la realizada por UNICEF y Servicios de Investigación y Acción en Población SIAP en una provincia Orureña 1987 y la realizada por la Encuesta de Demografía y Salud ENDSA 1989.

Sin embargo una de las investigaciones más destacadas y que ha influido en el pensamiento y la acciones nacionales ha sido la Encuesta Nacional de Demografía y Salud realizada el año 1994, que por la magnitud de la muestra permitió generar ocho tasas y estimo la razón de mortalidad materna en 390 defunciones por 100.000 nacidos vivos. A la publicación de este documento, le siguió una serie de acciones para favorecer la Maternidad Segura y reducir la mortalidad materna en Bolivia, ente los que se destaca el Seguro de Maternidad y Niñez primero, el Seguro Básico de Salud y el actual Seguro Universal Materno Infantil SUMI.

El año 1995 el Ministerio de Salud inició la Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Materna y Perinatal, con la publicación de la Norma Nacional que con el pasar de los años fue modificada y mejorada en varias oportunidades y que además contemplaba la conformación de los Comités de Mortalidad Materna, de las redes de información institucionales y comunitarias; el reporte, la investigación y el dictamen de las muertes maternas para la toma de

decisiones especialmente locales. El proceso se inicio con mucho entusiasmo, sin embargo fueron pocos los departamentos, entre los que se destaca Chuquisaca, que lo llevaron adelante y continuaron pese al transcurso del tiempo, habiendo demostrado de que dicho análisis y consiguiente toma de decisiones contribuyeron enormemente en la reducción de la mortalidad materna.

Gracias a un esfuerzo inédito en el país se logro realizar en el año 2002 la Encuesta Postcensal de Mortalidad Materna EPMM, que permitió al país contar con información más confiable sobre este problema, en este caso referida al año 2000, y cuya publicación se ha constituido en el documento con mayor y valiosa información sobre la mortalidad materna en Bolivia.

Para realizar la EPMM, la información de base, es decir los casos de muerte materna identificadas en el conjunto de defunciones femeninas por todas las causas, fue obtenida durante el Censo Nacional de Población y Vivienda de 2001 gracias a 4 preguntas que se incorporaron en la boleta censal, y corresponde a defunciones acaecidas el año 2000. La EPMM realizada entre julio y agosto de 2002, sirvió tanto para ratificar si los casos de muerte materna reportados en el Censo eran tales; como para descubrir, en una muestra de defunciones por otras causas de mujeres de 15 a más edad, si entre ellas había muertes maternas encubiertas.

El documento de la EPMM contiene información sobre dos aspectos básicos de la mortalidad materna en nuestro país. Por un lado está los indicadores que señalan el nivel y magnitud de la problemática: Razón de Mortalidad Materna, Tasa de Mortalidad Materna y Riesgo Reproductivo y, por el otro, la estructura de las defunciones durante el embarazo, el parto y el puerperio, es decir las características de las fallecidas, algunas variables relacionadas con la utilización de los servicios de salud y las causas biológicas de defunción.

Esta investigación fija la razón de mortalidad materna para el año 2000 en 235 muertes por cada cien mil nacidos vivos, lo que en números absolutos

significa la muerte prematura de 600 mujeres por complicaciones del embarazo, parto y puerperio, muertes en su mayoría evitables.

En la Encuesta de Demografía y Salud realizada en el año 2003 se incluyó un módulo especial con el propósito de evaluar los niveles de mortalidad materna a partir de información de la sobrevivencia de las hermanas de las mujeres entrevistadas, utilizando métodos directos e indirectos de estimación.

Con la información recolectada en la ENDSA 2003, la mortalidad materna puede estimarse indirectamente a partir de la sobrevivencia de las hermanas o directamente si se dispone de información adicional sobre edad de las hermanas sobrevivientes, edad a la muerte y fecha de la defunción, al igual que la parides de las hermanas que murieron.

El método directo permite hacer estimaciones para varios periodos, incluyendo el quinquenio anterior a la encuesta. Las estimaciones que se presentan en el informe de la ENDSA 2003, corresponden a las realizadas con el método directo para el periodo de cinco años antes de la encuesta.

De acuerdo de la ENDSA 2003 la razón de mortalidad materna que se estima para el periodo 1998 - 2003 equivale a 229 defunciones maternas por cada 100.000 nacidos vivos. En la ENDSA 1994 se estimó la razón de mortalidad en 390 por cada 100.000 nacidos vivos; si bien no es prudente por la magnitud de los errores de muestreo comparar directamente las dos cifras para estimar la magnitud de la reducción de la mortalidad materna, es obvio que la reducción de la razón de la mortalidad materna ha sido considerable y significativa en Bolivia en los 10 años transcurridos entre las dos encuestas.

2.2 MUERTE MATERNA Y ACCESIBILIDAD A SERVICIOS DE SALUD

Según la Norma Boliviana de Salud NB-MSPS-01-03 Pag 6 (8) la defunción materna se define como la muerte de una mujer mientras esta embarazada o hasta los 42 días (6 semanas) de la terminación del embarazo,

independientemente de la duración y el sitio del mismo, debido a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales.

La muerte materna es consecuencia de una complicación obstétrica no tratada o tratada inadecuadamente.

La mortalidad materna se constituye en un importante problema de investigación, tanto en lo referente a las causas biológicas como a los distintos factores que influyen en la misma: el acceso a los servicios de salud, la asistencia sanitaria de la madre, el saneamiento, la nutrición y las condiciones socio económicas generales entre otros.

La mortalidad materna es un problema de salud pública, que no solo tiene que ver con la capacidad resolutive de los servicios, sino también con el acceso oportuno de las mujeres con complicaciones obstétrica a los servicios de salud.

La experiencia indica que el período intra-parto y el postparto inmediato, es el que más contribuye para la muerte materna, y que tienen la posibilidad de morir no solo las mujeres en las que se han identificado factores de riesgo, sino cualquier mujer embarazada si no acude a un servicio de salud o si el servicio de salud no esta preparado para resolver favorablemente la complicación.

La concepción técnica que da la base para el planteamiento de políticas y programas de reducción de la mortalidad materna, es la afirmación de que todos los embarazos están en riesgo, porque la mayoría de las complicaciones obstétricas ni son predecibles ni evitables, pero pueden ser tratadas sí son atendidas por personal calificado cuando la mujer tiene la posibilidad de llegar a un servicio de salud para la resolución del problema.

Otro elemento que se destaca actualmente es que desde el punto de vista de los proveedores “estar listo” sea la palabra clave en procesos de

reducción de la mortalidad materna, acompañada de calidad del cuidado obstétrico. Además se espera que ese proceso se realice siempre que las mujeres accedan a servicios de calidad.

Algunos estudios se han orientado a evaluar el efecto de ciertos aspectos relacionados con la atención hospitalaria, como la operación cesárea, el tamaño y tipo del hospital, la calidad de la atención, la resolución oportuna y adecuada a los casos de complicaciones obstétricas que llegan a los servicios.

Por otra parte, también se ha estudiado el efecto de la accesibilidad a los servicios y la utilización oportuna de los mismos. Así, se han identificado la distancia y los tiempos de transportación y de espera como obstáculos para obtener la atención requerida y, consecuentemente, como factores que contribuyen a la muerte materna.

Como se ha visto, la mortalidad materna esta relacionada con el acceso de las mujeres a los servicios de salud y la resolución oportuna de la complicación en los servicios. La accesibilidad tiene que ver primero con la decisión que toma la mujer y su familia de acudir o no a un servicio de salud y los medios disponibles o con los que cuenta para llegar a los mismos.

Esta evidencia ha llevado a considerar que existen tres tipos de demoras que tienen mucho que ver con la mortalidad materna

2.2.1. PRIMERA DEMORA – ASPECTOS SOCIOCULTURALES

Esta relacionada con la decisión de la mujer o familia de buscar ayuda, en esta fase puede influir aspectos tan diversos como: el reconocimiento de la complicación y su gravedad, la distancia y el costo de los servicios, lo que la gente sabe o ha escuchado sobre la calidad de esos servicios y finalmente, la posibilidad de la mujer para decidir sobre su salud.

De acuerdo con el estudio realizado por el Proyecto Mother Care II, MSD de Evaluación de Necesidades para el cuidado Obstétrico de Emergencia Nov. 2004 (6) “la comunidad, entendida como el conjunto de madres, esposos, suegras, parteras, Responsables Populares de Salud y líderes, conoce poco las complicaciones durante el embarazo, el parto, el puerperio y del recién nacido. De todas estas etapas, el parto es el momento de mayor preocupación, pero lamentablemente también es el momento en el que el reconocimiento de complicaciones es mucho menor”.

Este desconocimiento o poco conocimiento que tiene la comunidad sobre las complicaciones que se pueden presentar durante el embarazo, parto o puerperio incide para que no tomen la decisión de pedir ayuda o acudan a los servicios de salud en forma oportuna en casos de complicaciones.

Tomando en cuenta de que Poroma es un municipio eminentemente rural, donde la mayoría de la población es de origen quechua, al momento de decidir si solicitar o no ayuda en casos de complicaciones obstétricas, pesa mucho en ellas y en sus familiares las prácticas ligadas a su cultura y su etnofisiología, entendiéndose por etnofisiología la forma en que el cuerpo humano es entendido por un cierto grupo étnico, o sea la fisiología humana vista por un grupo étnico y que abarca entre otras cosas: el cuerpo y su relación con el mundo externo, el concepto de la salud y enfermedad, la etiología de las enfermedades, en salud reproductiva los mecanismos de la procreación en todas sus etapas: concepción, embarazo, parto y puerperio.

Por otra parte el grado de satisfacción de las mujeres quechuas con la atención recibida en los servicios de salud y que gravita también al momento de decidir en acudir o no a los mismos en casos de complicaciones, esta relacionada con la expectativa que ellas tienen sobre la atención que desearían recibir en servicios de salud que son diferentes a sus creencias y costumbres, puesto de que el Sistema Formal de salud del municipio proviene del sistema biomédico (occidental), mientras que la población en situación de riesgo proviene de otro, el sistema de la cultura quechua.

De acuerdo a la concepción quechua de salud enfermedad, las mujeres quechuas tienen una serie de creencias y prácticas relacionadas con los diferentes periodos del embarazo parto y puerperio, que marcan o definen las expectativas que tienen de la atención que reciben en los servicios de salud en esta etapa tan importante en sus vidas, siguiendo la investigación realizada por el Centro de Investigación, Asesoría y Educación en salud C.I.A.E.S. con el apoyo de UNICEF en julio de 1991 en Cochabamba “Maternidad Tradicional, Conocimientos, actitudes y prácticas de las mujeres en relación al ciclo reproductivo”, podemos mencionar las siguientes:

Durante el embarazo se debe acumular sangre para el momento del parto, la ubicación correcta de la wawa es en la barriga, no deben estar expuestas al calor porque este puede provocar la bajada inoportuna de sangre y producir aborto, así mismo el calor puede hacer que se pegue la placenta al útero y esta no pueda ser eliminada después del parto.

Durante el embarazo no se deben levantar objetos pesados, se deben hacer trabajos livianos y no caminar mucho En este periodo se deben consumir alimentos frescos y livianos y evitar consumir alimentos considerados cálidos, por que estos también pueden provocar la pérdida inoportuna de sangre.

Durante el parto se tiene que eliminar toda la sangre acumulada, por eso la parturienta debe estar en un ambiente caliente evitando los cruces de aire; en este periodo debe consumir alimentos cálidos porque favorecen la bajada de la sangre. La wawa tiene que estar bien acomodada y no trancada, la mujer para el momento del parto tiene que ponerse de cuclillas, de rodillas o sentada al borde de la cama, durante el trabajo de parto debe caminar.

La placenta para su rápida expulsión después del parto debe estar suelta y no pegada, la mujer debe permanecer en un ambiente cálido y cubierta de mucha ropa, debe consumir alimentos cálidos para poder expulsar la placenta fácilmente.

Después de la expulsión de la placenta se debe tener cuidado con el frío, por que este puede hacer que no se elimine toda la sangre que se debe eliminar después del parto. Se debe amarrar la cintura para evitar la subida de órganos y elementos que en este periodo deben bajar.

En el puerperio para protegerse del viento, elemento ambiental que le puede entrar por los poros abiertos o por la vagina y matriz abiertas, se cubre con mucha ropa y se hecha en cama Pero en el mismo momento tiene que prevenirse contra la subida inapropiada de la “sangre sucia” del parto, de la matriz o de “la magre”, por lo tanto la mujer debe estar echada con la cabeza y el pecho ligeramente alzados. También debe ceñirse el vientre para prevenir subidas inoportunas.

Tomando como punto de partida estas creencias, practicas y expectativas que a la vez tienen una estrecha relación con la demanda de atención, cabe preguntarse de que si el sistema formal de salud del municipio, con sus recursos y organización responde a las expectativas de las mujeres de Poroma, o por el contrario chocan con sus ideas sobre la salud, dando lugar en unos casos a la satisfacción de las mujeres con la atención recibida en los servicios o por el contrario al descontento de las mismas, lo que va a influir positiva o negativamente en la demanda de los servicios de salud para la atención del parto o de complicaciones que se pueden presentar durante el embarazo, parto y puerperio y que si no son atendidas oportunamente pueden ocasionar la muerte de la mujer y el niño.

Se observa que generalmente los proveedores de salud brindan servicios considerando su clase social y no la del usuario(a), un ejemplo claro de esta situación es la posición horizontal que obligan adoptar a las mujeres para la atención del parto, cuando ellas prefieren la posición de cuclillas; además utilizan sus puntos de vista para juzgar aspectos de normalidad y anormalidad de los (as) usuarios (as), incrementando la brecha entre ambos, es por esta razón que en muchos casos puede existir discrepancia entre la necesidad de atención percibida por el usuario y la identificada por el sistema de salud, lo que gravita en la no demanda de servicios por parte de las mujeres

para la atención del parto y las complicaciones obstétricas.

Las mujeres no acuden a los servicios por diferentes motivos, en unos casos porque perciben que no se respetan sus prácticas culturales en la atención del parto, en otros casos por la mala experiencia de ellas o de familiares y amigas con la atención que recibieron en los servicios de salud por el personal de salud.

2.2.2 SEGUNDA DEMORA – ACCESIBILIDAD FÍSICA

Esto ocurre después de que la mujer y su familia adoptan la decisión de ir en procura de atención médica hasta el Servicio de Salud y las situaciones que la dificultan.

Tiene mucho que ver la distancia entre el domicilio de la mujer y los servicios de salud, en el área rural por tratarse de poblaciones dispersas, y por la cantidad de servicios disponibles, generalmente median grandes distancias entre los domicilios y los servicios, a lo que se suma por una parte la falta de caminos o el mal estado de los mismos que los hace intransitables principalmente en la época de lluvias.

En esta fase la disponibilidad de transporte es crucial, habitualmente los servicios de salud no cuentan con los suficientes medios de transporte o estos se encuentran en mal estado puesto que generalmente no se realiza el mantenimiento necesario y en otros casos no disponen del combustible suficiente para poder trasladarse a los lugares donde se los requiere.

En las comunidades suelen existir personas que tienen algún medio de transporte, sin embargo las familias no cuentan con los recursos económicos necesarios para poder pagar el servicio.

En otras ocasiones pese de haber tomado la decisión de ir a un servicio de salud en busca de ayuda, la mujer no acude al mismo porque no tiene con quien dejar a sus hijos, prima más en ella su responsabilidad de velar por el bienestar de sus niños que cuidar de su propia salud

2.2.3. TERCERA DEMORA – SERVICIOS DE SALUD

Tiene que ver con el tratamiento de la complicación, es decir la respuesta del servicio de salud cuando la mujer llega en busca de atención.

De acuerdo a la ENDSA 2003, la cobertura de atención del parto en los servicios de salud y por personal calificado es baja, especialmente en el área rural.

Mundialmente se ha demostrado que la atención calificada del parto es una de las principales estrategias para reducir la probabilidad de morir por una causa obstétrica

Lo que se acepta como definición universal basada en evidencia, es que una persona que oferta atención calificada del parto, es aquella capaz de atender un parto normal, y de reconocer, manejar y transferir casos de complicaciones obstétricas a servicios de mayor complejidad cuando sea necesario.

En la resolución de complicaciones obstétricas para evitar las muertes maternas. Juegan un papel fundamental los conocimientos y destrezas del personal de salud, así como la disponibilidad de una infraestructura adecuada, de instrumental médico, medicamentos y otros suministros esenciales para atender en el lugar adecuadamente los casos de emergencias obstétricas. Juegan también un papel fundamental los medios de comunicación y de transporte para referir oportunamente los casos que no se puedan resolver en el lugar a servicios de mayor complejidad.

En algunos servicios el personal puede estar calificado para resolver complicaciones obstétricas, pero si no cuenta con el instrumental necesario, los medicamentos y suministros esenciales muy poco va a poder hacer por la mujer, es por eso importante de que los servicios, de acuerdo a su nivel de complejidad cuenten con todos lo necesario para resolver favorablemente los casos de emergencia obstétrica, de lo contrario de nada habrá servido de que la mujer haya llegado al servicio de salud buscando resolver su problema

El análisis de cómo cada una de esas fases o demoras afectan o están relacionadas con la muerte de mujeres por complicaciones del embarazo, parto o puerperio en el municipio de Poroma, aparte del análisis de los factores sociales, la organización de los servicios y su capacidad instalada, permitirá plantear estrategias para reducir la alta razón de mortalidad materna en el municipio de Poroma, uno de los más pobres del departamento de Chuquisaca

2.2.4.1 CAUSAS BIOLÓGICAS DE LAS MUERTES MATERNAS

De acuerdo a la Encuesta Post Censal de Mortalidad Materna, en Bolivia para el año 2000 las hemorragias (en las que no esta incluido el aborto). ocupa el primer lugar (32,7%). Se trata de un grupo de afecciones que pueden matar rápidamente y entre las que destacan dos: la retención de placenta con hemorragia (20,0%) y la hemorragia por atonia uterina posparto (7,1%) que juntas hacen el 82% de todas las hemorragias registradas como causas de muerte materna el año 2000. Las otras causas biológicas de muertes materna identificadas por la mencionada encuesta son el aborto con 9.1%, otras infecciones (8,8%) la sepsis puerperal con 8.0 %, la eclampsia con el 4.7%, parto obstruido con 1.8%., otras causas 19.4%.

La EPMM, en relación a la sepsis puerperal más conocida en la comunidad como sobreparto, ha establecido que persisten algunas percepciones culturales en torno a ella, especialmente en el altiplano, donde un informante dijo “se ha encontrado con el liquiri que le ha sacado la sangre”,

otro afirmo que “se le apareció la saxra”, un tercero dijo “se ha descuidado”.

Es posible que exista un subregistro de estas causas, especialmente de la eclampsia por desconocimiento o poco conocimiento de sus síntomas, razón por la cual varias defunciones por eclampsia talvez estén catalogadas como muertes maternas de causa no especificada.

2. 2. 5 DEFINICIONES DE CASOS

La Norma Boliviana de Salud NB-MSPS-01-03 contempla las siguientes definiciones de casos:

2.2.5.1 Defunción materna

Se define como la muerte de una mujer mientras este embarazada o hasta los 42 días (6 semanas) de la determinación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del mismo, debido a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales. A su vez estas muertes maternas se clasifican en:

Defunciones Obstétricas Directas: “son las que Resultan de complicaciones 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” o la que condujo directamente a la muerte, antes de que ocurra el paro cardiorrespiratorio

Defunciones Obstétricas Indirectas: “son aquellas que resultan de una enfermedad existente desde antes del embarazo o de una enfermedad que evoluciona durante el mismo, no debida a causas obstétricas directas, pero si agravada por los efectos fisiológicos del embarazo”.Siguiendo con la misma Norma Boliviana de Salud Pag. 6

Causas de defunción. Las causas de defunción que se deben registrar en el certificado médico de defunción y en los instrumentos de vigilancia

epidemiológica son todas aquellas enfermedades o lesiones que causaron la muerte o que contribuyeron a ella y/o las circunstancias del accidente o de la violencia que produjeron dichas lesiones. Por tanto, corresponden registrar lo siguiente.

a) Causa básica de defunción.- Enfermedad o lesión que inicio la cadena de acontecimientos patológicos que condujeron hasta la muerte, o

Las circunstancias del accidente o violencia que ocasionaron la lesión fatal.

b) Causa Directa de Defunción.- La que condujo directamente a la muerte, **antes de que ocurra el paro cardiorespiratorio**

Defunción Hospitalaria.- Es aquella que ocurre en cualquier momento o en cualquier lugar del hospital, establecimiento puesto de salud, independientemente del tiempo transcurrido entre la llegada de la embarazada de su fallecimiento. La muerte de la embarazada en transito hacia un hospital será considerada como muerte hospitalaria si es que ocurre en una ambulancia.

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. Se trata de una definición complementaria, por cuanto se sabe que las causas obstétricas directas e indirectas pueden provocar muerte materna incluso después de las semanas pos parto.

Defunción Relacionada con el Embarazo. “Es la muerte de una mujer mientras este embarazada o dentro de las 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la causa de defunción”.

Esta definición tiene que ver con causas accidentales (accidentes de transito, caídas) e incidentales (homicidios y suicidios) que ocasionan la muerte de una mujer embarazada, o de una puérpera pero solamente hasta las 6 semanas de concluido el embarazo.

CAPITULO

CAPITULO III MARCO METODOLOGICO

3.1. ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN:

Por el objetivo de la investigación y el tema tan sensible que se esta abordando como es la mortalidad materna, se planteo realizar una investigación con enfoque cualitativo, porque consideramos que este enfoque permitiría conocer más a profundidad los aspectos emocionales y contextuales relacionados con las muertes maternas.

Para decidir realizar una investigación cualitativa, se toma en cuenta sus características principales, entre las que podemos destacar los siguientes:

El enfoque cualitativo proporciona profundidad de comprensión acerca de la respuesta humana, trata los aspectos emocionales y contextuales de la misma, más que medir objetivamente comportamientos y actitudes. Añade sentimiento, contextura y matiz a los resultados cuantitativos y se realiza para contestar principalmente a la pregunta “por qué”.

La investigación cualitativa es de índole interpretativa además de ser descriptiva, es realizada con grupos pequeños de personas que generalmente no son seleccionadas sobre la base de la probabilidad. No tiene la intención de sacar conclusiones firmes ni generalizar los resultados a la población en general.

La razón principal para la utilización de la investigación cualitativa es que con la misma se puede obtener una mayor profundidad en las respuestas y por lo tanto, mayor comprensión que las que pueden obtenerse mediante técnicas cuantitativas. Permite además, un vínculo directo con el público al que se piensa llegar y compartir sus experiencias.

Al realizar la investigación, se han tomado en cuenta las tres recomendaciones específicas para realizar un buen estudio cualitativo: primero, aprender a preguntar ¿el por qué?; segundo saber escuchar a cada uno de los

participantes en el idioma que mejor exprese el tercer desarrollo del estudio como un proceso de estudio creativo.

3.2. TIPO DE ESTUDIO

En el marco de la investigación cualitativa, el presente estudio tiene un enfoque Etnográfico, porque permite comprender los hechos desde el punto de vista de los actores sociales, permitiendo la comprensión de las percepciones de las familias y personal de salud respecto a las muertes maternas.

Este tipo de investigación respeta la expresión espontánea y en sus propias palabras de cada uno de los y las participantes, lo cual incrementa el valor de las respuestas de cada uno de los integrantes de los grupos.

3.3. MUESTRA

Tomando en cuenta que la investigación cualitativa no exige seleccionar una muestra sobre la base de una probabilidad estadística, la muestra se intentó conformar con las personas que conocieron a las mujeres fallecidas, o que estaban enteradas de las circunstancias en que murieron, consideradas como las más idóneas para proporcionar la información y que voluntariamente aceptaron participar en el estudio.

Se organizaron los grupos focales intentando de que en los mismos estuvieran incluidas personas de las comunidades donde se produjeron las muertes maternas, familiares o personas que conocieron a las mujeres fallecidas, personal de salud de los servicios de salud relacionados con las muertes maternas, con estos mismos criterios se identificaron y eligieron a las personas con las que se realizaron las entrevistas en profundidad.

Tomando en cuenta lo anteriormente señalado, se organizaron dos grupos focales y se realizaron 16 entrevistas en profundidad.; al observar que los conceptos emitidos por los y las participantes en los dos grupos focales y en las entrevistas en profundidad, se repetían o reiteraban en más del ochenta

por ciento, y que la información que proporcionaban ya no aportaba nada nuevo o relevante a la información que ya se tenía, (saturación,) se decidió que las 16 personas participantes en los dos grupos focales y las 16 personas a las que se entrevisto se constitúan en una muestra suficiente y representativa.

3.4. AREA DE ESTUDIO

La investigación se realizo en el municipio de Poroma, en las comunidades y Puestos y Centros de Salud de Tolapampa, San Juan Horcas, Poppo, Kainacas y el Hospital de Poroma donde se produjeron las muertes maternas en los dos últimos años.

Poroma esta ubicado al norte de la provincia Oropeza del Departamento de Chuquisaca y es considerado como uno de los más pobres de los 28 municipios del departamento.

3.5. FUENTES DE INFORMACIÓN

Se ha recurrido a fuentes de información como los mapas del municipio de Poroma para identificar las comunidades donde murieron las mujeres, los servicios de salud próximos a esas comunidades, las vías de comunicación existentes en el municipio, se revisaron los formularios del Sistema Nacional de Información en Salud (SNIS) del departamento de Chuquisaca y municipio de Poroma para obtener información sobre las coberturas de atención de los servicios de salud, se revisaron formularios del sistema de Vigilancia de mortalidad materna que tengan relación con la percepción de las muertes maternas que reportaron en el municipio de Poroma en los años 2004 y 2005.

3.6 TÉCNICAS DE RECOLECCION DE DATOS

En la presente investigación, para la recolección de la información se utilizo la técnica de grupos focales y las entrevistas en profundidad, con la participación de familias de las mujeres fallecidas y personal de salud donde fallecieron mujeres por complicaciones del embarazo, parto y puerperio.

3.6.1 GRUPOS FOCALES:

Se organizaron dos grupos focales conformados por ocho personas cada grupo:

El primer grupo focal se organizo con personal de salud de los servicios relacionados con las muertes maternas o que habían tenido conocimiento de las mismas.

El segundo grupo focal se organizo intentando incluir a personas de las comunidades donde habían ocurrido las muertes maternas o donde habían vivido las mujeres fallecidas.

3.6.2. ELABORACIÓN DE LA GUÍA DE GRUPOS FOCALES:

Tomando en cuenta los objetivos de la investigación y la revisión de los antecedentes teóricos, se elaboro la guía de los grupos focales (anexo 1- 2) de tal forma que permitió recoger información sobre los siguientes aspectos.

1. La percepción de las familias y del personal de salud respecto de las muertes maternas en Poroma.
2. Las demoras relacionadas con las muertes maternas.
3. La percepción de familias y del personal de salud respecto a los servicios de salud organizados y su capacidad resolutive para atender adecuadamente casos de emergencia obstétrica.
4. La repercusión de las muertes maternas en la familia y la comunidad.

Una vez identificado los aspectos temáticos, se elaboraron las interrogantes para cada uno de ellos. (Anexo N° 10 y 11).

3.6.3. CONSTITUCIÓN Y DESARROLLO DE LOS GRUPOS FOCALES

Para la organización del grupo focal con la comunidad, se solicitó la colaboración del personal de salud que desarrolla sus actividades en el Municipio de Poroma, por el conocimiento y relación que tienen con la comunidad, se les explicó el objetivo de la investigación y se les solicitó que identificaran a las personas más idóneas y que voluntariamente aceptaron participar en la investigación.

Para organizar el grupo focal con personal de salud, se tomó en cuenta a los funcionarios que trabajan en los servicios de salud relacionados con las muertes maternas o que tuvieron conocimiento de las mismas, a ellos también se les explicó los objetivos de la investigación, haciendo hincapié en que no se estaba buscando culpables o responsables y que la información sería tratada confidencialmente y solo en la investigación con la finalidad de contribuir a la reducción de la mortalidad materna.

Una vez identificadas las personas que participarían en el grupo focal de la comunidad y en el que se realizaría con personal de salud, se conversó personalmente con cada una de ellas para explicarles cuál era el objetivo de la investigación, la forma en que se iba a recolectar la información y los temas que se iban a tratar, garantizándoles la confidencialidad, la reserva sobre sus nombres, asegurándoles que la información que proporcionarían serían utilizadas exclusivamente en la investigación.

Por otra parte se les hizo conocer que con esta investigación no se pretendía perjudicar a nadie y que lo único que se quería era contribuir a reducir la mortalidad materna en el municipio de Poroma. Se les advirtió que el tiempo que tendrían que disponer para poder participar de cada uno de los grupos focales era de aproximadamente tres horas, se les informó sobre la utilización de grabadoras con las que se grabarían en su integridad todo lo que digan como también la utilización de cuadernos de notas y al toma de algunas fotografías durante el desarrollo del grupo focal, fotografías que se anexarían al informe de la investigación. Los y las participantes aceptaron estas

condiciones y autorizaron la utilización de las grabadoras y la toma de algunas fotografías.

Se organizó el equipo de investigación conformado por la responsable de la misma, licenciada en enfermería y estudiante de la maestría en Salud Pública; colaborada por otra licenciada en enfermería y una licenciada en trabajo social con experiencia en la organización de grupos focales y en entrevistas en profundidad; las tres profesionales hablan y entienden el idioma quechua, lo que permitió preguntar y escuchar lo que decían la mayoría de los y las participantes del grupo focal organizado con personas de la comunidad, que para contestar a las preguntas utilizaron su lengua nativa (quechua), que es con la que mejor expresan sus sentimientos.

La responsable de la investigación asumió el rol de facilitadora del trabajo de grupos, las otras investigadoras asumieron el rol de observadoras responsabilizándose de tomar nota de la discusión y de las fotografías.

Se dispuso de una grabadora, cassettes suficientes, cuadernos de notas, cámara fotográfica y las guías para cada uno de los grupos focales que habían sido elaboradas con anterioridad.

Para el desarrollo de los grupos focales se buscaron lugares cómodos, con temperatura adecuada y ventilados ubicados en las comunidades de San Juan Horcas y Poppo del municipio de Poroma, se tuvo el cuidado de que contaran con el mobiliario suficiente para que todos los y las participantes y las componentes del equipo de investigación pudieran estar cómodos y cómodas durante el desarrollo del grupo focal.

Las sillas se colocaron en un círculo, para que ninguna de los y las participantes percibiera que tuviera mayor jerarquía por estar cerca de la cabecera; así mismo se cuidó de que la facilitadora tuviera contacto visual con todos los y las participantes para que pudiera controlar al grupo, impedir de que conversaran entre dos o más aislándose del resto; hacer que en lo posible participaran todos y pudiera controlar a las personas que querían abusar del

uso de la palabra.

Después de saludar a los y las participantes, se les agradeció por su presencia que era muy importante y por el esfuerzo que habían realizado para llegar al lugar, se les pidió de que no tuvieran temor para hablar y que se expresaran en quechua o castellano, el idioma que les fuera más familiar y en el que mejor pudieran expresar sus ideas y sentimientos.

En el grupo focal realizado con personas de la comunidad se utilizó el idioma quechua, porque era el que hablaban con fluidez la mayoría de los y las participante, en el grupo focal realizado con personal de salud se utilizó el castellano.

Se les manifestó así mismo de que no existían respuestas correctas o incorrectas y que podían hacer todos los comentarios que quisieran, se pidió respeto a las opiniones y de que todos y todas procuraran escuchar con respeto cuando otra persona estuviera haciendo uso de la palabra.

Al iniciar el trabajo con los grupos focales se estableció una buena relación entre el equipo de investigación y los y las participantes, se aplicó una técnica de presentación que permitió además de conocer su nombre, su edad, la comunidad de donde provenían saber algo de sus familias, de sus hijos, procurando lograr un ambiente de confianza que pudiera facilitar el desarrollo del grupo focal.

Durante el desarrollo de los grupos focales se tuvo especial cuidado en: preguntar de una forma neutral, se evitó orientar a la persona interrogada, se hizo sólo una pregunta a la vez a partir de la guía preparada, procurando en todo momento escuchar lo que querían decir, y no sólo lo que decían, se prestó máxima atención para captar las indicaciones no verbales, señales de ansiedad y de incertidumbre, de confianza y de seguridad, las dudas, los silencios y variaciones de voz, la entonación, el énfasis en la respuesta, la muestra o no de interés; observar sus expresiones de tristeza cuando recordaban a las mujeres fallecidas y experiencias vividas en esas circunstancias.

Se tuvo también especial cuidado en lograr que todos participaran, incentivando en unos casos a que hablaran, y en otros frenándoles discretamente cuando se extendían en su participación o querían abarcar mucho tiempo.

En todo momento se estuvo alerta para poder guiar la discusión en forma lógica de un punto a otro y relacionar los comentarios de los participantes con la siguiente pregunta.

Durante el desarrollo de los grupos focales, se utilizó un tono de voz adecuado; se controló el ritmo de la reunión, si las opiniones de dos o más participantes eran similares ya no se profundizaba más sobre la pregunta o el tema que se estaba tratando, caso contrario se trataba de dilucidar sin llegar a contradicciones, tratando de profundizar el tema.

Los observadores, durante la realización de los grupos focales estuvieron escuchando atentamente todas las intervenciones y tomando nota en sus cuadernos, En algunos momentos de la sesión realizaron algunas preguntas o pidieron que aclararan algunas respuestas, se ocuparon además de tomar algunas fotografías.

En cada uno de los grupos focales, se aplicó la guía de trabajo en orden secuencial y una vez respondidas las preguntas se procedió al cierre de la reunión luego de una breve recapitulación de lo tratado. Se agradeció a todos y todas por su participación y por el tiempo dedicado al trabajo.

Inmediatamente después de cada sesión se reunían las tres investigadoras para hablar de sus impresiones e intercambiar comentarios sobre lo que había ocurrido durante el desarrollo del grupo focal, esta actividad dio la oportunidad a la facilitadora y las observadoras de esclarecer algunas dudas.

El primer grupo focal se realizó el día 2 de agosto del 2006 en el salón

de reuniones de la comunidad de San Juan de Horcas, la reunión se inicio a horas 10:00 y concluyo a horas 15:30. En el grupo focal participaron dos médicos, una licenciada en enfermería y seis auxiliares de enfermería, cuyas edades fluctuaban entre los 22 y 50 años y que trabajan en el hospital Virgen del Rosario de Poroma y los servicios de salud de Copavilque, Poppo, San Juan de Horcas, Cucuri, La Palca y Tola Pampa, todos del municipio de Porosa.

Este grupo se caracterizo por ser homogéneo en su participación, desde el principio se estableció un ambiente jovial y de mucha confianza, la mayoría ya se conocían por trabajar en Poroma desde hace muchos años atrás, entre risas manifestaron que tenían muy pocas oportunidades de reunirse así en grupo ya que por lo general entregan informes individualmente y en horarios diferentes y que estaban contentos de poder tener una oportunidad para poder compartir.

Manifestaron sus expectativas por la investigación y su esperanza en que con los resultados se pudiera lograr el compromiso de las autoridades municipales y de salud para mejorar la situación de los servicios de salud, de los medios de transporte y comunicación ente otros para poder reducir la mortalidad materna en el municipio de Poroma. Todos querían participar y aportar con la información que tenían, compartieron entre ellos los problemas y experiencias que son comunes en los servicios y en su relacionamiento con la comunidad.

El segundo grupo focal que se conformo con la colaboración de personal de la organización no gubernamental CARE BOLIVIA, se lo realizo el día 26 de agosto en la localidad de Poppo, en el salón multifuncional de la comunidad, estaba previsto iniciar el mismo las ocho y treinta de la mañana, sin embargo recién se pudo comenzar en horas de la tarde (14,30 horas), porque algunos de los y las participantes no fueron convocados por la mañana, concluyo a las siete de la noche.

En el desarrollo de este grupo focal; el idioma utilizado fue el quechua

porque es el que todos y todas dominaban y en el que mejor podían expresar sus ideas. En el grupo participaron ocho personas de la comunidad, con edades comprendidas entre los 19 y 52 años. De los ocho participantes seis fueron mujeres y dos hombres, con relación a la procedencia dos procedían de la comunidad de Poppo, dos de La Palca, dos de Tolapampa y dos de San Juan de Horcas.

El grupo se caracterizó por ser participativo y dinámico, respondían rápidamente a la pregunta, hablaron sobre las complicaciones del parto, la falta de medios de comunicación y medios de transporte, de otras patologías como las cardíacas que las relacionan con las muertes maternas, no se les interrumpió para no cortar el debate sobre esos temas.

Al finalizar el desarrollo de cada uno de los grupos focales, se les agradeció por su participación y se les reiteró que la valiosa información que habían proporcionado se la utilizaría solo en la investigación que se estaba realizando.

3.6.4 ENTREVISTAS EN PROFUNDIDAD

Según Taylor y Bogdan, se entiende por entrevista en profundidad, a los reiterados encuentros cara a cara entre entrevistador y entrevistados, dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, tal como las expresan con sus propias palabras.

Es una especie de conversación entre iguales y no un intercambio formal de preguntas y respuestas. El investigador es el principal instrumento de la investigación, y no un protocolo o formulario de entrevistas. En esta conversación no solo se obtiene respuestas, sino que aprende que preguntas hacer y como hacerlas.

El entrevistador debe establecer un ambiente de confianza con los informantes, para lo cual formula inicialmente preguntas no directas, para llegar

después a tratar el tema que le interesa.

Es todo lo opuesto de una entrevista estructurada, no se persigue contrastar ideas, creencias o supuestos, sino acercarse a las mantenidas por otros. Lo que interesa son las explicaciones de estos. La entrevista se desarrolla a partir de cuestiones que persigue reconstruirse, para el entrevistador es el problema objeto de estudio.

La entrevista debe partir de un **propósito explícito** y aunque se inicia hablando de algún asunto sin trascendencia, tocando los temas más variados para que el informante se sienta confiado y exprese sus opiniones con naturalidad, hay que llegar al tema e información que se requiere.

Un segundo elemento que define este tipo de entrevistas son las explicaciones que se debe dar al entrevistado. Como ya se dijo, este es un proceso de aprendizaje mutuo, mientras se conoce la cultura del informante, el entrevistador aprende y puede llegar a ser más consciente de su papel, por eso le debe ofrecer explicaciones al informante sobre la finalidad y orientación general del estudio y sobre el tipo de entrevista por realizar. Debe permitir que se exprese en su propia forma de hablar al contestar las preguntas que se plantean.

Tomando en cuenta los elementos de una entrevista en profundidad, se elaboro una guía que orientara al entrevistador al momento de realizar algunas preguntas, puesto que en este tipo de entrevistas es más importante escuchar lo que exprese espontáneamente la persona entrevistado.

Antes de realizar las entrevistas en profundidad, se convoco al personal de salud a una reunión para socializar los objetivos de la investigación, en la misma se acordó con ellos los días que se los visitaría en sus servicios para poder entrevistarlos, y también los días que se visitarían las diferentes comunidades para poder entrevistar a los familiares de mujeres fallecidas.

Los días definidos en la reunión, se entrevisto a ocho funcionarios de los

servicios de salud, entre los que estaban incluidos dos médicas, una licenciada en enfermería, dos auxiliares de enfermería de sexo masculino y tres auxiliares de enfermería de sexo femenino, personal que tenía una experiencia laboral de 3 años como mínimo y 11 años como máximo, con edades comprendidas entre 25 años y 50 años de edad. .

Al iniciar la entrevista en profundidad, se converso con el personal de salud sobre diferentes temas, como la situación del país, los procesos de cambio que se esta viviendo, la situación laboral del sector y otros hasta lograr un ambiente de confianza para poder hablar del tema objeto de la investigación.

Durante la entrevista se conversó sobre las circunstancias en que fallecieron las mujeres, así mismo manifestaron sus sentimientos de pesar ante la magnitud del problema y las consecuencias que estas muertes tenían en las familias y la comunidad, al mismo tiempo reflexionaron sobre la situación de los servicios del municipio, las dificultades que tienen para referir pacientes por las distancias y el estado del camino entre otros.

Concluida las entrevistas en profundidad con el personal de salud, se solicito apoyo para ubicar a los familiares de las personas fallecidas.

Cuando se llego a los domicilios, después de saludarles y expresarles nuestra condolencia por la muerte de su familiar, se explico en palabras sencillas el motivo de la visita y el objetivo de la investigación, se les hizo saber que lo que se buscaba era conocer cuales habían sido las circunstancias en que se produjeron las muertes maternas para poder evitar la muerte de otras mujeres por complicaciones del embarazo, parto y puerperio.

Se les explico que la información que proporcionarían seria tratada confidencialmente y solo en la investigación, que no se pretendía perjudicar a nadie, sino solo saber que había pasado en el caso de las muertes maternas identificadas para poder plantear estrategias que contribuyan a la reducción de la mortalidad materna en el municipio de Poroma.

Después de haberles explicado y estar seguras de que habían comprendido lo que se les había querido transmitir, se trató de crear un ambiente de confianza que les permitiera expresar con naturalidad sus ideas, para esto se conversó sobre la situación de su municipio, del clima, de cómo estaban sus cultivos, si no les habían afectado las heladas y otros temas.

Cuando se había logrado el ambiente de confianza requerido entre la entrevistadora y el entrevistado, para poder conversar tranquilamente, se abordó el tema objeto de la investigación.

Se realizaron un total de ocho entrevistas en profundidad a familiares de las mujeres fallecidas (madre, madre política, esposo, hermana/o, tíos). A excepción de una que se realizó en la ciudad de Sucre, todas las entrevistas se las realizaron en las comunidades donde vivían las personas a ser entrevistadas, a las cuales se llegó cumpliendo el cronograma elaborado previamente.

En dos casos, uno cuando se entrevistaba a la madre de una de las mujeres fallecidas, y en otro cuando se entrevistaba a un esposo que había quedado viudo, se tuvo que interrumpir la entrevista, por la emoción profunda de estas personas que al recordar los tristes momentos vividos se echaron a llorar. La madre, con la voz entrecortada por el llanto reclamaba porque las autoridades municipales y las autoridades en salud no hacían algo por mejorar los servicios.

El conversar con los familiares cercanos de las mujeres fallecidas por complicaciones del embarazo parto y puerperio en el municipio de Poroma en los años 2004 y 2005, permitió reconstruir lo que había pasado con ellas e sus últimos días, las dificultades que habían tenido, permitió también conocer como habían repercutido estas muertes al interior de las familias y la comunidad, que había pasado con sus familias y especialmente con los hijos menores de estas mujeres.

3.7 PROCESAMIENTO DE LA INFORMACION

Una vez concluido el trabajo de campo donde se pudo recolectar la información se procedió al procesamiento de la misma, para tal efecto se realizo la transcripción de los debates grupales y las entrevistas en profundidad gravados en cintas magnetofonías, utilizando para esto un procesador de texto, las transcripciones se las realizo en español

Con el fin de resguardar la identidad de las mujeres fallecidas, se les asigno nombre ficticios para poder referirnos a ellas como personas y no como “casos”. También se asigno un código a las personas que participaron en los grupos focales y en las entrevistas en profundidad.(PH: Primo Hermano, E: Esposo. S: Suegra, M: Madre), (AP: Auxiliar del Puesto de Salud. M: Médico, L: Licenciada Enfermería)

Posteriormente se procedió a la sistematización de la información que estuvo a cargo de la investigadora principal y las dos profesionales que le apoyaron en el trabajo de campo, tanto en la realización de los grupos focales como en las entrevistas en profundidad.

Primero se ordeno la información de los grupos focales el ordenamiento se realizo tomando en cuenta todas las respuestas emitidas en cada uno de los grupos. Se tomaron en cuenta todos los aportes, los que tenían consenso y los que discrepaban.

Se procedió de igual manera con la información obtenida mediante las entrevistas en profundidad, las que también fueron transcritas en su integridad, respetando lo que expresaron los y las entrevistadas.

Posteriormente se procedió a la interpretación de la información pasando de su descripción a su comprensión siguiendo cada uno de los objetivos.

La investigadora y las dos profesionales participaron en todo el proceso de sistematización de la información, manteniendo permanentemente un

dialogo con una actitud critica que permiti6 realizar un an6lisis profundo de toda la informaci6n obtenida.

3.8 TRIANGULACI6N

Como t6cnica de control y evaluaci6n, se realiz6 la triangulaci6n a partir de las observaciones de las tres investigadoras que participaron en el trabajo de campo durante los debates de los grupos focales, las entrevistas en profundidad y en todo el proceso de sistematizaci6n y an6lisis de la informaci6n, intercambiando opiniones y sus apreciaciones sobre lo manifestado en los debates y lo observado en cuanto a la actitud de las participantes, coincidiendo las tres en los resultados obtenidos.

Tambi6n se realizo la triangulaci6n a partir de las t6cnicas utilizadas, puesto que la informaci6n fue obtenida mediante las t6cnicas de los grupos focales, de las entrevistas en profundidad y de la observaci6n.

De acuerdo a la fuente, lo manifestado por los familiares de las mujeres fallecidas coincidi6 en muchos aspectos con lo manifestado por el personal de salud.

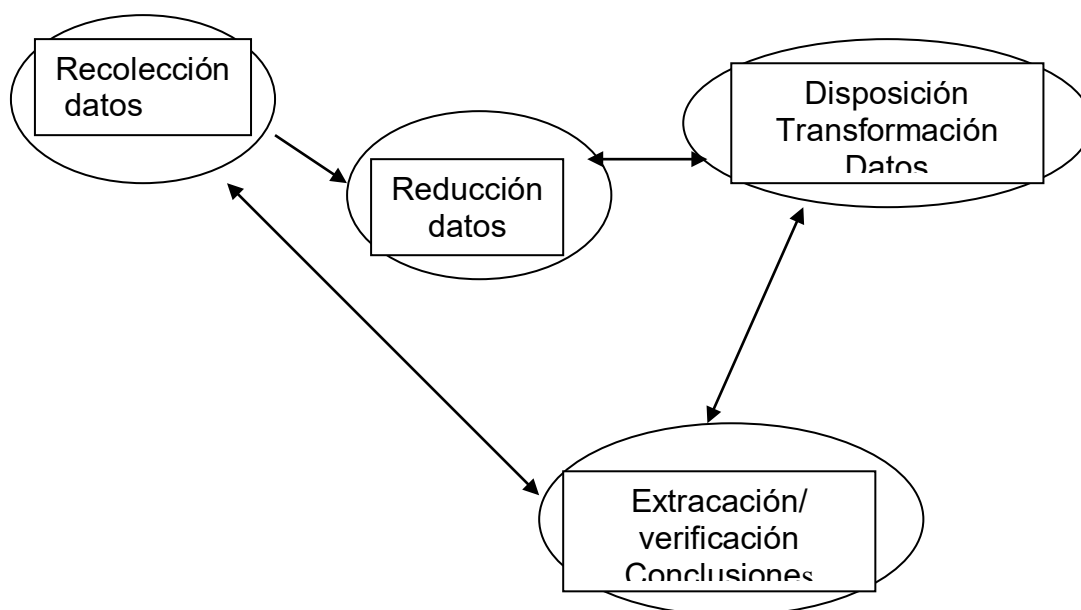
CAPITULO

CAPITULO IV ANALISIS DE LOS RESULTADOS

4.1. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

Según Miles y Huberman, 1994:12, el análisis es un proceso con cierto grado de sistematización que está implícito en las actuaciones del investigador, en este sentido resulta difícil hablar de una estrategia o procedimiento general de análisis de datos.

Siguiendo al mismo autor la recolección de datos, el análisis y las conclusiones están entrelazados en todo el proceso de investigación, este modelo se ilustra con la gráfica que siguiente.



La información obtenida con la técnica de grupos focales y las entrevistas en profundidad se analizó tomando en cuenta un orden lógico y congruente con los objetivos del presente estudio

Con estos conceptos se describe los casos de la investigación:

Después de revisar los formularios del sistema de vigilancia de mortalidad materna del municipio de Poroma, revisar la información obtenida mediante la técnica de los grupos focales, las entrevistas en profundidad y la observación realizada, tomando en cuenta los objetivos de la investigación, se llegaron a los siguientes resultados.

Es conocido que además de enfermedades, que para el caso de la mortalidad materna se trata de urgencias médicas, es decir complicaciones que amenazan la vida, hay también un conjunto de factores originados en la estructura social y que colaboran, muchas veces de manera más dramática, para que ocurran defunciones maternas.

Casi en la totalidad de las muertes maternas, se observa una combinación de elementos biológicos y sociales que llevan a este triste resultado, sin embargo lo que en última instancia se observa y por tanto clasifica, cualquiera sea el lugar donde ocurre el deceso, es la causa biológica, la enfermedad que conduce finalmente a la muerte.

Si bien esta dimensión del problema, es decir la biológica o médica, es importante para organizar la respuesta del sistema de salud, también hace falta respuestas en el orden social para contrarrestar aquellos elementos negativos presentes en la familia y en la organización social local. Características de las madres fallecidas (edad, escolaridad, ocupación, etc.).

Las ocho mujeres fallecidas eran de origen quechua, pobres al igual que el 90 % de los habitantes del municipio de Poroma.

La mayoría de las mujeres fallecidas eran jóvenes, una tenía 16 años, y la que tenía mayor edad no había llegado a cumplir los 40 años

“Jovencita era, apenas tenía 16 años, sino se moría, wawa con wawa hubiera parecido”(35, H, C, P)

A ella la recuerdan en la comunidad como a una niña

Cuando en las entrevistas en profundidad se pregunto en que trabajaban o a que se dedicaban las mujeres fallecidas, los entrevistados refirieron que todas se dedicaban principalmente a las labores del hogar, a la agricultura y al cuidado de sus animales, una de ellas falleció cuando retornaba de pastar sus ovejas.

“No trabajaba en nada, solo cuidaba a sus hijos ,cocinaba la comida al amanecer para su familia porque el marido tiene que ir a trabajar a la cosecha con la agricultura, también cuidaba a sus animales pastando a sus ovejas en el campo cada día mas que todo cuando la cosecha esta empezando.” (40.PH.CT)

Ninguna de ellas tenía un ingreso económico propio, porque todas estas actividades no son remuneradas.

De acuerdo a lo expresado por los familiares, la mayoría de las mujeres fallecidas no sabían leer ni escribir porque no tuvieron la oportunidad de asistir a la escuela:

“Ella no sabia leer ni escribir, porque cuando era chica, sus papas no la pusieron a la escuela” (55, S, CK)

Y las que tuvieron la oportunidad de asistir a la escuela, solo habían cursado los primeros años, abandonando sus estudios por ayudar en las labores del hogar:

“Ella solo entro a tercero de escuela, después lo dejo porque tenía que ayudar en la casa. (32 H, C, H)

Para que la reproducción humana sea un proceso saludable, tiene que

darse en personas saludables. El riesgo de morir en un país menos desarrollado puede ser hasta 330 veces mayor que en una nación industrializada.

Las mujeres en las naciones menos desarrolladas, que es el caso de Bolivia y especialmente el caso del municipio de Poroma, considerado como uno de los municipios más pobres en el país, enfrentan ese riesgo de muerte más veces a lo largo de su vida reproductiva que otras mujeres, simplemente porque tienen más embarazos, y también porque están menos saludables, ya que padecen anemia, desnutrición, infecciones, y porque por los roles que cumplen al interior de la familia y la comunidad están sometidas a trabajos agotadores y prolongados, y en la mayoría de los casos no reconocidos ni siquiera por ellas mismas.

De acuerdo a la Encuesta Post Censal de Mortalidad Materna, la edad promedio de mortalidad materna registrada para Chuquisaca es de 30,8 años.

La mortalidad materna es una de las causas biológicas de “defunción prematura (antes de los 65 años) de la mujer en Bolivia, y en todas las naciones donde ocurren defunciones por causas obstétricas directas e indirectas.

Cinco de las mujeres fallecidas estaban casadas, una tenía pareja estable y dos eran solteras, estas últimas no eran aceptadas en la comunidad, porque rechazan a las mujeres que se embarazan sin estar casadas o sin tener una pareja estable, por lo tanto el estado civil de las mujeres solteras que se embarazan resulta perjudicial para su futuro y/o su salud

“Soltera era, llego embarazada de Sucre, no sabemos para quien sería, por eso estaban enojados sus papas y en la comunidad era mal vista. Cuando estaba mal no se preocuparon por ella” (41, H C, P)

4.2 CONDICIÓN DEL RECIÉN NACIDO

En los casos de muerte materna, muchos niños, nacen vivos y en buenas condiciones, pero fallecen a los pocos días o meses, porque no reciben la atención ni la alimentación adecuada.

Al fallecer la madre, habitualmente es la abuela materna u otro familiar quien se hace cargo del cuidado del niño o niña, sin embargo no tienen los conocimientos ni los recursos necesarios para alimentarlos, cuando pueden les dan leche o en otros casos productos que remplazan a la leche y no siempre tienen los cuidados de higiene necesarios.

En el caso de las muertes maternas ocurridas en Poroma en los años 2004, 2005, los tres niños nacidos vivos, viven actualmente con familiares cercanos, los tres se encuentran saludables.

4.3 DEMORAS QUE HAN TENIDO RELACIÓN CON LAS MUERTES MATERNAS OCURRIDAS EN EL MUNICIPIO DE POROMA.

En el camino de la sobrevivencia materna, una embarazada que presenta una complicación que amenaza su vida, primero tiene que darse cuenta de ese peligro y decidir, junto a su pareja o familia, la búsqueda de ayuda (primera demora) . Si esta demora es superada, hay que emprender la búsqueda de ayuda; en este punto la falta de transporte y de comunicación puede ser fatal (segunda demora). Finalmente, la gestante tiene que llegar hasta un servicio de salud dotado de lo necesario para salvarle la vida (Tercera demora)

4.3.1 PRIMERA DEMORA

El embarazo, el parto y el puerperio son considerados procesos fisiológicos y saludables; sin embargo, la experiencia internacional indica que, en promedio, hasta un 40% de las embarazadas puede experimentar algún tipo de problema de salud y que hasta un 15% de las gestantes puede

experimentar una complicación que amenaza su vida, esto significa que en Poroma donde ocurren cada año alrededor de 621 nacimientos, 93 gestantes aproximadamente por año enfrentan una emergencia médica

De acuerdo a la percepción de los familiares el parto es considerado como el momento más importante en la vida de la mujer, perciben también que es uno de los momentos de mayor peligro, motivo por el que se debe tener el máximo cuidado para preservar la salud y vida de las mujeres y de sus hijos.

*“El parto es de cuidado, muchas se mueren cuando nace su hijo o después por sobreparto, por eso hay que tener mucho cuidado”
(40CC, T)*

En el sistema tradicional, el marido juega un rol principal y activo, durante el embarazo, en el proceso del parto, la atención del recién nacido y el puerperio, en el sistema occidental se le asigna un papel secundario y pasivo, generalmente no se le permite estar al lado de la embarazada o puérpera fuera de los horarios de visita, no se le permite entrar a la sala de partos ni quedarse con ella la primera noche después del parto como acostumbra hacerlo cuando el parto se atiende en su domicilio.

“Su marido siempre le atendía sus partos, el sabe como ayudarle y atenderle después del parto, después del parto, toda la noche se queda a su lado para que no le de desmayos y los otros días se lo cocina y atiende a sus hijos”(39, V, 4, P)

En el sistema tradicional, el parto es un acto íntimo, familiar donde la mujer está las más de las veces acompañada por el marido y en menos ocasiones por la madre, la suegra o el partero o partera que están pendientes de ella, en cambio en los servicios de salud la mujer está sola durante el trabajo de parto, muchas veces cuando pide ayuda nadie acude a su lado y el periodo expulsivo del parto se constituye en un acto casi público, donde la mujer está descubierta, rodeada de personas extrañas para ella y que la tratan en forma impersonal.

Por estas situaciones las mujeres no acuden a los servicios de salud para la atención del parto

“No quiso ir a tener su parto en el hospital, decía que en su otro parto todos la habían mirado y después del parto solita le habían dejado en una sala, ella dice que tuvo mucho miedo”(32, CC, 10, H).

Mundialmente se ha demostrado que la atención del parto en un servicio de salud o por una persona calificada es una de las principales estrategias para reducir la probabilidad de morir por una causa obstétrica.

En Poroma, de acuerdo al SNIS, la cobertura de parto institucional en la gestión 2005 llegó solo al 36%, lo que significa que el 64% de los partos fueron atendidos por personal no calificado, lo que guarda estrecha relación con la alta razón de mortalidad materna.

Ni en los grupos focales ni en las entrevistas en profundidad nadie hizo mención a la falta de dinero como un motivo para no acceder a un servicio de salud para la atención del parto, o para el traslado en ambulancia. Esto quiere decir que conocen la existencia del Seguro Universal Materno Infantil, y muestra también que la barrera económica no era la principal causa para que no accedan a los servicios como se pensaba, existen otras como el no respeto a su cultura y prácticas tradicionales entre otros.

De acuerdo a lo manifestado por los familiares y el personal de salud, la mayoría de las mujeres fallecieron en sus domicilios, dos murieron cuando estaban siendo referidas a servicios de mayor complejidad

De acuerdo a la EPMM, el riesgo de tener un parto en casa es evidente, si se tiene en cuenta que esto sucede en el nivel nacional con el 40% de las parturientas, y que su aporte a la mortalidad materna es de casi 55 por ciento, en el municipio de Poroma, donde el 69% de los partos son atendidos en domicilio el riesgo de morir es mayor.

Se ha evidenciado, que algunas mujeres y sus familiares no solicitan ayuda oportunamente, porque desconocen los signos de peligro y las complicaciones que se pueden presentar durante el embarazo, parto y el puerperio.

Este es al caso de Cristina de 16 años de edad, ella tuvo el parto en su domicilio atendido por sus familiares, demoro en expulsar la placenta, motivo por el que recurrieron al curandero, los días posteriores al parto se sintió mal, se quejaba de intenso dolor de cabeza y tenía fiebre, además de presentar olor fétido en genitales. Murió tres días después del parto. Los familiares entrevistados manifestaron:

*“Murió por dolor de cabeza, calentura, también había olor en sus partes, pensamos que se le iba a pasar nomás, que no era tan grave”.
(18, C.C, 6, P)*

Otro caso fue el de Martha, mujer de aproximadamente 31 años de edad que había tenido 14 hijos, ella no quiso ir a un servicio de salud, porque todos sus partos habían sido atendidos por su esposo en su domicilio sin complicaciones para ella:

“Ella no quería ir por nada, tenía miedo, todos sus hijos los ha tenido en su casa, los partos lo atendía su esposo, facilito se enfermaba y no tuvo problemas con ninguno”. (52, V, 9, P)

Al igual que Martha, muchas mujeres que no están informadas sobre las complicaciones que se pueden presentar durante el embarazo y parto, tienen la creencia de que cuantos más hijos tienen los partos son más fáciles, desconocen que las grandes multíparas tienen más posibilidades de tener complicaciones.

En la decisión de no ir al servicio, pesa también la experiencia que tuvieron con la atención recibida en los mismos o la experiencia de familiares o

amigos.

Cuando a los familiares de Martha se les pregunto porque ella tenía miedo de ir al servicio manifestaron que una prima de ella que había tenido su parto en un servicio de salud no había tenido una buena experiencia:

“Tenia miedo, porque su prima Pastora le contó que cuando tuvo su hijito en el hospital la trataron mal, le gritaron diciéndola que se calle y que no permitieron que su marido se quedara con ella, por eso Martha no quería ni saber de ir al hospital”(3, V, P, K)

En otros casos, pese a ser advertidos sobre posibles complicaciones, no acuden a los servicios de salud por que no le dan la importancia debida o por el poco apoyo y comprensión de la familia, especialmente el esposo debido a problemas familiares:

Este es el caso de Julia que murió por una insuficiencia respiratoria aguda, cuando cursaba un embarazo de aproximadamente siete meses de gestación, en el 2001 había sido sometida a una intervención quirúrgica de su garganta y, se le había realizado una traqueotomía. De acuerdo a referencias de su primo, en los últimos días tenía dificultades respiratorias, y pese a que le habían recomendado que debía acudir de inmediato al servicio de salud si tenía problemas no lo había hecho.

“Consultamos en Sucre por que tenia un problema en su garganta de lo que le operaron hace años, entonces siempre nos habían dicho que teníamos que ir al medico de nuestro lugar porque su embarazo era peligroso que debíamos estar cuidando siempre. Los últimos días decía que no podía respirar, ya tenia que llevarle su marido, pero se había descuidado, dice que estaba aburrido con su enfermedad, no se llevaban bien” (40, PH, .C, T)

Julia murió en el camino a su casa, cuando retornaba de pastar a sus ovejas, la causa de muerte aparentemente fue una insuficiencia respiratoria

aguda:

“Yo no he visto como ha muerto, pero dice que cuando estaban volviendo del campo con sus ovejas, su marido se había adelantado porque ella no podía caminar rápido, por que no podía respirar, un rato cuando su marido se había dado la vuelta le había visto agachada en el suelo haciendo fuerza para respirar, se había puesto morada y ese ratito se había muerto”(32, CC, 10, H)

También incide al momento de tomar la decisión, las distancias que tienen que recorrer para llegar a los servicios. La permanencia del personal en los establecimientos de salud es otra de las condiciones que es tomada en cuenta por la comunidad antes de decidir en acudir o no a los mismos.

En el caso de Cristina que tuvo el parto en su domicilio atendido por familiares, no acudieron al servicio de salud, porque tenían la información de que en el mismo no había personal desde hacia tres meses, por encontrarse el cargo de auxiliar de enfermería en acefalía, y porque además quedaba lejos de su casa para poder llevarla:

“No ha ido por que no había auxiliar de enfermería en el puesto de salud desde hace tres meses que ella falleciera y también era lejos de mi casa para llevarlo” (35.H, .C, P)

El estado civil, la estabilidad del hogar, la posición de la mujer al interior de este, el rol que desempeña en la familia o la valoración que hacen de ella los familiares o la comunidad, cuenta también al momento de tomar decisiones.

Ese fue el caso Dora de 38 años de edad, ella era soltera y estaba embarazada, motivo por el que era rechazada, el parto fue atendido por los familiares, nadie quiso acompañarla al servicio de salud:

“No había quien lo acompañe al servicios de salud era soltera mi familia lo ha rechazado por que no tenia su marido” (32.H,.C,.H)

Dora murió después del parto en el que nació un niño muerto, no pudo expulsar la placenta, los familiares no pidieron ayuda.

4.3.2 SEGUNDA DEMORA:

La segunda demora se presenta cuando la mujer o su familia deciden acudir a un servicio de salud, pero no pueden hacerlos por diferentes causas,

Este fue el caso de Teresa, tuvo el parto en su domicilio atendido por una vecina, el esposo se había ausentado a otra comunidad a buscar trabajo.

Después del parto no pudo expulsar la placenta, la vecina que la atendió era una mujer gestante que se encontraba delicada de salud y no pidió ayuda, tampoco los hijos.

Teresa, tomo la decisión de ir al servicio de salud, sin embargo no pudo hacerlo porque no tenía con quien dejar a sus hijos, su marido estaba ausente, además le quedaba lejos de su domicilio:

“Mi hermana ha muerto porque se encontraba sola, su marido viajo a una comunidad llamado Cuirí cerca del departamento de Potosí en busca de trabajo, también no podía dejar a sus hijos solos y el servicio de salud queda lejos a una distancia de 5 horas de viaje” (32,.CC, 10,.H)

Al igual que Teresa, las mujeres priorizan el bienestar y cuidado de sus hijos antes que su propia salud y prefieren no acudir al servicio antes de dejarlos solos, por otra parte en las comunidades y al interior de las familia no se toman previsiones para saber con quien dejar a sus hijos en caso de una emergencia obstétrica

Es también frecuente que las mujeres se encuentren solas en el momento del parto, porque el marido esta trabajando o buscando trabajo en otro lugar, o esta ocupado en las labores agrícolas en lugares alejados a sus

domicilios, o se ausenta de la casa por otros motivos, entonces aunque tome la decisión de acudir a un servicio de salud, no puede hacerlo porque no hay quien la acompañe o consiga los medios necesarios para llevarla.

“Yo no sabía que ella estaba mal, yo podía haberme quedado con sus hijos si me hubieran avisado antes, yo ese día me fui hacerme unas compritas y no sabía que mi cuñado había viajado a buscar trabajo, si no me hubiera quedado o estaría al pendiente para ayudarle a mi hermana”.
(32, H, C. H)

En el caso de Simona que tuvo el parto en su domicilio, ella y su familia decidieron acudir al servicio de salud para resolver su problema, sin embargo no pudieron hacerlos porque en la comunidad no había un vehículo en que trasladarla, ni forma de comunicarse con el hospital.

“Después del parto no salió la placenta, entonces quería llevarle ese rato al hospital, pero no había en que llevarle, don Mario que tiene una camioneta había viajado, no sabíamos como llamar al hospital, la radio de la comunidad no funcionaba, cuando ya estaba por ir en mi bicicleta a pedir que venga la ambulancia, mi mujer se ha muerto” (4, H, C,P)

La falta de medios de transporte y comunicación, en muchos casos son determinantes para que ocurran las muertes maternas, puesto que las mujeres con complicaciones no pueden llegar oportunamente a los servicios para que las atiendan

4.3.3 TERCERA DEMORA:

Se conoce que todas las embarazadas están expuestas a riesgo, por cuanto hay complicaciones intempestivas que no pueden ser prevenidas como la retención de placenta, la atonía uterina entre otras que pueden ocasionar en muy poco tiempo la muerte de la mujer, para responder a estos casos de forma eficiente y evitar su fatal desenlace, los servicios de salud deberían estar organizados, contar con los recursos humanos competentes, con los insumos y

medicamentos necesarios, con los medios de comunicación y transporte que permitan una referencia oportuna a establecimientos de salud de mayor complejidad si no pueden resolver el problema. Cuando no se cumplen con estas condiciones es cuando se presenta la tercera demora.

En dos casos se identificó la tercera demora, o sea que las mujeres acudieron a un servicio de salud, pero en los servicios no se pudo resolver el problema.

Uno de estos casos fue el de María, ella acudió a un servicio de salud cuando empezó a sentir las contracciones. El parto que fue atendido por una auxiliar de enfermería, se complicó porque no pudo expulsar la placenta:

“Si fue al puesto de salud por que su embarazo nos han dicho que era peligroso, que debía tener en un hospital tal vez lo van a operar me dijo la auxiliar, ya son muchos los embarazos, es por eso que le llevamos al puesto pero se ha empeorado por que no ha podido salvarle ha sangrado bastante pero la auxiliar no podía hacer nada por que el camino estaba mal llamaba a los hospitales de Poroma y Sucre pero nadie hizo caso inclusive el profesor ha ido en la motocicleta buscando ayuda pero fue en vano” (55, S, CK)

El parto se había producido a Horas 20:30 la auxiliar de enfermería espero que expulsara espontáneamente la placenta, no realizó un manejo activo del alumbramiento como lo indican las normas. Cuando constato que no podía expulsar la placenta, le coloqué un suero Ringer y oxitócicos (medicamentos que producen contracciones uterinas y facilitan la expulsión de la placenta), posteriormente la auxiliar de enfermería intentó comunicarse con un servicio de salud de mayor complejidad, no pudo hacerlo, los radios no estaban funcionando porque era de noche, motivo por el que tuvo que pedir a un profesor y al esposo de la paciente que se trasladaran en una moto hasta el centro de salud más cercano (Chijmuri) a pedir ayuda.

“Después del parto no pudo eliminar la placenta, yo como auxiliar de

enfermería estaba sola, faltaba un médico para colaborar, los medicamentos eran insuficientes el equipamiento no es adecuado, al puesto de salud no nos dan todo, porque se cree que cuando se complica se debe referir inmediatamente pero lamentablemente el camino estaba muy malo, como era de noche, las radios ya no funcionaban y me era difícil comunicarme con un celular porque tenía que subir a un cerro, por eso me vi obligada a pedir ayuda al profesor y al marido de la paciente a que vayan a solicitar ayuda al doctor que estaba en Chijmuri. Ellos fueron en la motocicleta del puesto, por el mal estado del camino apenas pudieron partir, se tuvo que empujar la moto con ayuda de un común ario. (3, A, PK)

El esposo y el profesor llegaron al Centro de salud de Chijmuri dos horas después, con mucha dificultad por el mal estado del camino. El médico del centro después de que le hicieron conocer el caso, se comunicó con la auxiliar de enfermería de Kainacas, la que le informó sobre el estado de la paciente, el le indicó por radio que le colocara ringer lactato y oxitócicos.

El médico, después de conocer la situación de la paciente, y sopesando de que muy poco podría hacer en el puesto de salud de primer nivel, para no perder ganar tiempo decidió trasladarse de inmediato en una motocicleta a Sucre para solicitar ayuda y llevar una ambulancia hasta el puesto de salud de Kainacas, para poder trasladar a la paciente a Sucre a un hospital de mayor complejidad donde pudieran resolver el problema.

En el hospital de segundo nivel al que el médico acudió en busca de ayuda, fue recibido por el especialista de turno, al que le explicó que se trataba de una mujer de 40 años, con antecedentes de 13 embarazos y que de acuerdo a lo informado por la auxiliar que había atendido el parto no pudo expulsar la placenta y estaba sangrando en forma abundante.

Al saber que la complicación había sido diagnosticada por una auxiliar de enfermería, el médico especialista se negó a enviar la ambulancia del hospital, aduciendo que no se podía confiar en un diagnóstico realizado por

una auxiliar e indico al médico de Chijmuri de que fuera al lugar donde se encontraba la mujer a constatar si realmente se trataba de una emergencia o era una falsa alarma, puesto que tenia una “duda razonable” porque el diagnóstico había sido echo por un médico. Le indico así mismo que si realmente se trataba de una complicación, que intentara solucionar el problema y que si no podía, llamar para que desde el hospital enviara la ambulancia.

El médico de Chijmuri, ante esta negativa y después de abastecerse de combustible para la motocicleta, se traslado hasta el puesto de salud donde se encontraba la mujer, al que llego a las cinco de la mañana, encontrando a la paciente en mal estado, intento extraer la placenta pero no pudo hacerlo, estaba adherida al útero, además la paciente ofrecía resistencia, puesto que en el puesto de salud no existe la posibilidad de administrar anestésicos.

Al fracasar en su intento de extraer la placenta, el medico se tuvo que trasladar a un cerro próximo para poder comunicarse con Sucre mediante un teléfono celular, llamo a la jefe de enfermeras de la Red de Salud Sucre para que ella pudiera llamar al hospital y enviar la ambulancia lo antes posible.

La Jefe de Enfermeras del la Red I, se comunico con la administradora del hospital, la que indico de que debería solicitar autorización al director del hospital, que por la hora (cinco de la mañana) se encontraba descansando en su domicilio, por lo que se vio obligada a llamarle a su casa, el director autorizo por teléfono la salida de la ambulancia, sin embargo la administradora indico que la ambulancia no estaba en el hospital, porque había ido a recoger al sacerdote que celebraría la misa en el hospital, preocupada por la demora y por que el médico que estaba atendiendo a la paciente había vuelto a llamar desde Kainacas indicando de que la mujer estaba empeorando, la jefe de enfermeras se vio obligada a llamar a la responsable del SUMI para que agilizara la salida de la ambulancia.

Después de estos trámites y demoras, la ambulancia salio con destino a Kainacas. La ambulancia llego al puesto de salud a las 9,30 aproximadamente, inmediatamente se procedió al traslado de la paciente, la que falleció en el

camino como consecuencia de la hemorragia que no fue tratada oportunamente.

El médico y la auxiliar de enfermería que atendieron el caso han quedado afectados por esta muerte materna que se podía haber evitado si se enviaba la ambulancia inmediatamente fue solicitada.

“Quiero decirle que estoy llevando una inmensa cruz en mi espalda pero estoy seguro que hice lo adecuado. Aquí el tiempo es fundamental se perdió mucho tiempo en el envío de la ambulancia.” (2.M, V, C, CH)

Los familiares piensan que la ambulancia no llegó oportunamente por el mal estado de los caminos y que el médico no llegó a tiempo para poder ayudarla:

“Si tardaron en llegar la ambulancia por que el camino esta malo y el médico no llegó a tiempo porque m yerna se desangraba, no había sangre par ponerlo solo le colocaban sueros nada más. Ella murió camino al hospital de sucre, le mandaron para salvarla su vida estaba sangrando mucho”. (55, S, CK)

En el caso de María, el servicio de salud donde fue atendido el parto no contaba con el personal con las competencias necesarias para resolver el problema, tampoco con los medicamentos e insumos necesarios, ni los medios de comunicación y transporte para una referencia oportuna. El especialista del hospital de referencia al que se solicitó ayuda, se negó a enviar la ambulancia por desconfiar del diagnóstico hecho por una auxiliar de enfermería, cuando se confirmó el diagnóstico de que realmente se trataba de una emergencia obstétrica, las trabas burocráticas demoraron en el envío de la ambulancia hasta el puesto de salud donde se encontraba la paciente, que falleció en el camino cuando la trasladaban a Sucre.

La tercera demora se identificó también en el caso de Maruja, esposa del representante del Comité de Vigilancia de Poroma.

Los familiares de Maruja refieren que cuando sus hijos pequeños les fueron a pedir ayuda porque su mamá que estaba embarazada se encontraba mal, se trasladaron hasta su domicilio donde la encontraron inconsciente y con signos de intoxicación, se comunicaron de inmediato por radio con la administradora del Hospital de Poroma para pedir ayuda.

“Yo estaba en mi casa cuando vinieron los hijitos de Maruja a pedir ayuda porque su mamá estaba mal, ese ratito corrimos hasta su casa, cuando entramos la encontramos en el suelo, desmayada, morada con lavaza en su boca y con mal olor, grave nos asustamos, ese ratito fuimos a llamar por la radio de la comunidad al hospital de Poroma para que vengan a ayudarla” (41, H, C, P)

La administradora del hospital que fue quien atendió la llamada, transmitió de inmediato esta información a la licenciada en enfermería que se encontraba en el Hospital, para que pudiera acudir en ayuda de la mujer.

“La administradora me comunicó de una emergencia obstétrica. De inmediato nos trasladamos en motos junto a la educadora y dos funcionarios de la Alcaldía hasta la entrada del camino hacia Yanani donde vivía la mujer, de ahí nos trasladamos a pie por un camino de herradura llegando hasta la casa en dos horas aproximadamente, en la casa encontramos a la paciente con un anciano, una niña y dos vecinas porque su marido había ido en busca del curandero”(5, M, H, P)

Cuando llegaron a la casa encontraron a la paciente inconsciente, en mal estado general y con signos de intoxicación, después de examinarla determinaron por la altura uterina, que la mujer cursaba un embarazo a término sin trabajo de parto

“ Encontramos a una mujer de aproximadamente 40 años de edad, inconsciente en decúbito dorsal pasivo, facies álgida descompensada, de inmediato la valoramos, cursaba un embarazo de término,

controlamos sus signos vitales: presión arterial ausente, respiración 22 por minuto, hipotermia en miembros superiores e inferiores que estaban cianóticos, de inmediato lo reanimamos con masaje en tórax para facilitar la ventilación pulmonar, así mismo le colocamos en posición de cubito lateral derecho, ya que por su boca eliminaba secreción espumosa dificultando su respiración y un olor indescriptible”

(8, L, M, H P)

De inmediato le administraron solución Ringer para hidratarla. Cuando preguntaron a los familiares y vecinos que estaban presentes en el domicilio que es lo que había pasado o que cosa había ingerido la mujer, nadie sabía nada:

“Inmediatamente lo colocamos solución ringer lactato de 1000 c.c. más dos ampollas de complejo B, a la auscultación fetocardia negativa, al tacto dilatación y borramiento cero, en conclusión no era trabajo de parto.

(8, L, M, H, P)

Ante la gravedad del caso decidieron trasladarla de inmediato al servicio de salud, con la ayuda de los funcionarios de la alcaldía que fueron hasta el lugar improvisaron una camilla donde le llevaron a pie hasta el borde del camino:

“El camino era de herradura y estaba en mal estado, en cada descanso íbamos controlando signos vitales limpiando la secreción espumosa. Cuando estábamos en medio camino escuchamos la sirena de la ambulancia de Poroma, nos sentimos felices, pero como no nos vieron porque estábamos lejos del camino no pudimos detenerle y se paso a Sucre. Entonces el funcionario de la alcaldía se adelanto en la moto en busca de ayuda, en el camino carretero había encontrado a unos cristianos que nos aceptaron llevarnos en su camioneta hasta Poroma”

(8, L, M, H, P).

Por la falta de caminos y medios de transporte, en algunas ocasiones el

personal se ve obligado a trasladar a las pacientes a pie en camillas improvisadas, con la pérdida de tiempo que esto significa.

“La educadora se adelanto en moto para comunicar por radio y pedir que volviera la ambulancia, cuando llego a Poroma a horas 13:15 aproximadamente, se había cortado la luz del pueblo y no había como comunicarnos por radio” (5, A, HP).

El medio más utilizado para comunicarse con y entre los servicios de salud, son las radios, en este caso la radio no funcionaba por un corte de luz.

En Poroma la paciente fue evaluada por la médica que diagnosticó distress respiratorio por ingesta de órganos fosforados, le indicó hidratación y decidió trasladarla a Sucre con urgencia, la acomodaron en la camioneta del hospital, sin embargo no pudieron referirla inmediatamente como pretendían, porque no había quien conduzca la camioneta, porque el único chofer con el que cuenta el hospital había ido a Sucre conduciendo la ambulancia. Tuvieron que ir hasta la alcaldía para buscar una persona que pudiera conducir la camioneta hasta Sucre, Maruja falleció en el camino.

A solicitud de los familiares, la doctora le practicó la cesárea pos mortem para extraer al feto.

El servicio de salud no tenía la capacidad resolutoria que el caso ameritaba, no se intentó realizarle un lavado gástrico.

El mal estado de los caminos, el no contar con los medios de transporte adecuados ni personal suficiente, impidieron que se hiciera una referencia oportuna a un servicio de mayor complejidad.

4.4 ORGANIZACIÓN Y CAPACIDAD INSTALADA DE LOS SERVICIOS DE SALUD

La iniciativa “Reducir los riesgos del embarazo” de la Organización Mundial de la Salud (OMS), reconoce que el acceso y la utilización de los servicios de salud, la asistencia calificada del parto, el trabajo a nivel de individuo, familia y comunidad permitirá establecer procesos y acciones, según sea necesario en diferentes contextos, para ayudar a las mujeres y sus hijos recién nacidos a tener acceso a una atención de calidad cuando la necesiten.

La Red de Servicios del municipio está constituida por el hospital básico de Poroma, cuatro centros de salud y ocho puestos sanitarios ubicados en las diferentes comunidades (mapa N°2), todos los servicios corresponden al primer nivel de atención.

La distancia entre Sucre donde se encuentran los hospitales de referencia (San Pedro Claver y Jaime Sánchez) y la localidad de Poroma, donde está ubicado el hospital básico del municipio es de 132 Kms, por el estado del camino y lo accidentado de la topografía, se llega en cuatro horas en un vehículo liviano, en los vehículos de transporte público se llega en 6 a 7 horas.

Las grandes distancias entre las comunidades y el hospital de Poroma, es una de las causas identificadas por el personal de salud, para la no referencia oportuna de casos de emergencia obstétrica:

“La ambulancia de Poroma tarda de 6 a 8 horas de llegar a los puestos de salud, muchas veces la paciente ya ha fallecido”.(7, A, C, ST))

Las distancias entre el hospital de Poroma y sus centros y puestos de salud fluctúa entre 30 y 120 kilómetros, con caminos en mal estado, no transitables todo el año lo que dificulta la referencia oportuna de los casos de emergencia.

Cuando el caso no puede ser resuelto en el hospital de Poroma y la

paciente debe ser referida hasta Sucre, en algunos casos se tarda hasta 10 horas o más, es el caso de Tolapampa que se encuentra a una distancia de 150 Kms de Sucre

“Cuando se solicita ambulancia de Poroma tarda de 4 a 5 horas y de Sucre de 8 a 10 horas entonces llegan tarde y nosotras sin saber que hacer muchas veces la mujer fallece, en el caso del puesto de salud de Tolapampa que esta a una distancia de 150 kilómetros de Sucre las referencias lo hacemos a Hospital de Poroma si es que el camino esta bien y la mujer llega a tiempo, pero esto no es así las muertes que se han presentado son de este puesto de salud es por no se cuenta con los medios necesarios”(7, M, C, S, T)

Algunos centros y puestos de salud se encuentran más próximos a la ciudad de Sucre que a la localidad de Poroma, y en algunos casos a la ciudad de Aiquile, que es capital de un municipio de Cochabamba y cuenta con un hospital de segundo nivel de atención, con capacidad resolutive de emergencias obstétricas.

El personal de salud, identifica también como otro problema los escasos medios de transporte con el que cuentan, el no mantenimiento de los mismos y la falta de combustible.

La red de servicios de Poroma cuenta con una ambulancia en buen estado de funcionamiento y una camioneta que se encuentran en el hospital, lo paradójico es que tienen un solo conductor, cuando se requieren los dos vehículos en casos de emergencias, es el médico o un funcionario de la alcaldía el que debe conducir el otro vehículo, con el riesgo que esto implica.

Los Centros y puestos de salud cuentan con una motocicleta cada uno, sin embargo no todos estos medios de transporte se encuentran en buen estado de funcionamiento:

“En algunos servicios se cuenta con motocicleta por que la ambulancia

de Poroma solo sirve para su hospital, sin embargo las motocicletas no están en buenas condiciones, no cuentan con seguro, en mal estado, sin combustible la alcaldía de Poroma no hace mantenimiento si queremos salvar vidas tenemos que gastar de nuestros bolsillos” (6, M, C, S, H)

En otros casos la alcaldía no les dota del combustible suficiente para que se desplacen a las comunidades para realizar el trabajo comunitario o para asistir en casos de emergencia, o no les reponen el combustible utilizado, en la referencia de emergencias obstétricas:

“Pese que tengo motocicleta, la alcaldía no hace la reposición del combustible de las emergencias obstétricas, sabemos que la vida de una mujer vale mucho por eso lo hacemos como podemos”.(11, A, PS)

En algunas ocasiones, sino llega la ambulancia del hospital o no consiguen un medio de transporte de cuatro ruedas, el personal se ve obligado a referir a las pacientes en motocicleta:

“Algunas veces referimos en motocicletas si es que existe en los puestos de salud en caso de una hemorragia se amarra junto al auxiliar con un “ Aguayo” para evitar la caíd de la paciente”. (9, A, P, SP).

En otros casos, cuando no cuentan con un medio de transporte o este no está disponible por el mal estado de conservación o por falta de combustible, se ven obligados a recurrir a medios de transporte público o privado que existen en la comunidad y que no siempre están disponibles:

“Referimos como podamos en moviidades particulares de la comunidad, en camiones de turno que solo vienen en algunas casos una vez por día. (11, V, P, P)

En algunas ocasiones, por la no existencia de camino carretero o por lo accidentado del camino se ven obligados a trasladar a las pacientes a pie, con

ayuda de los familiares, lo que representa pérdida de tiempo y no les permite llegar oportunamente a un servicio de salud de mayor complejidad donde se puede resolver la complicación.

“Yo refiero a pie, traslado a mis pacientes con la ayuda de los familiares por que mis comunidades son lejanas y accidentadas”(3, M, M, C, S, T)

Las grandes distancias, así como la demora en la llegada de la ambulancia fue también un problema identificado por la comunidad como un factor relacionado con las muertes maternas:

“La ambulancia del hospital viene cuando el médico o el auxiliar del puesto de salud pide mediante radio o por teléfono, pero tarda mucho de 7 a 8 horas de viaje por que esta a 70 y 80 kilómetros de distancia a los puestos de salud lo que en algunas veces se pide a Sucre al hospital de San Pedro Claver el más bien llega rápido por que es cerca solo tarda de 2 a 4 horas, pero si vienen reniegan por que dicen que el camino es malo deben hacer arreglar y por eso es necesario que exista una ambulancia con permanencia en san Juan de Horcas por que cubriría a 6 puestos de salud cercanos a Sucre”. (6, M, C, S, H)

Otro problema identificado por el personal de salud es el deficiente estado en que se encuentran las radios (único medio de comunicación en algunas comunidades) y el restringido horario en el que funcionan, lo que no les permite comunicarse con el hospital de Poroma durante las 24 horas del día y los fines de semana en casos de emergencia.

Otro medio de comunicación que utilizan son las cabinas de ENTEL, sin embargo estas no están instaladas en todas las comunidades, y la pocas que existen no funcionan regularmente, la comunicación se corta frecuentemente en la época de lluvias.

Los servicios que conforman la red de salud del municipio de Poroma, son todos de primer nivel y no tienen la capacidad instalada para resolver todos

los casos de complicaciones obstétricas. En estos, no siempre están vigentes los cuatro atributos que deben estar presentes en todo servicio de salud, cualquiera sea su complejidad: Infraestructura, equipo clínico básico, suministros y medicamentos esenciales y personal de salud con conocimientos, habilidades y motivación.

La infraestructura de los diferentes establecimientos de salud se encuentra en regular estado de conservación, y cuentan con equipamiento clínico básico.

En relación a los suministros y medicamentos esenciales, de acuerdo a lo manifestado por el personal de salud en el grupo focal y en las entrevistas en profundidad, en la mayoría de los servicios carecen de los medicamentos esenciales y de los que se utilizan en casos de complicaciones obstétricas

“Solo se cuenta con la caja de partos, legras, en cuanto a los medicamentos muy escasos por que el SUMI no entrega oportunamente”.(7, A, C, ST)

Un auxiliar de enfermería indico que en los Puestos de Salud no existen insumos y medicamentos para tratar una eclampsia:

“Lo que hacemos es referir al segundo y tercer nivel de atención u otro hospital de referencia, en los Centros de Salud solo cuenta con Metildopa”. (9, A, P, SP)

Si bien la Metildopa es un hipotensor, no es el indicado en casos de urgencia, puesto que se administra por vía oral.

Ninguno de los servicios de salud de Poroma, incluyendo el Hospital cuenta con sangre disponible para casos de emergencia, y tampoco cuentan con expansores plasmáticos y soluciones en cantidad suficiente para tratar casos de Shock o realizar el tratamiento de prerreferencia.

“faltaba expansores y medicamentos como ser paquete de sangre soluciones, adrenalina, oxitócina y otros” (3, A, CT).

La comunidad también identifica como un problema la falta de medicamentos

“Cuando vamos a la posta nunca hay medicamentos, dice que no les mandan, no sabemos que hacer” (49, E, C, P)

No todo el personal de salud que trabaja en Municipio de Poroma esta capacitado y tiene las competencias necesarias para la atención y resolución de complicaciones obstétricas. En uno de los casos, donde la causa biológica de la muerte fue la hemorragia por retención de placenta, el personal de salud se sintió impotente, por no saber que hacer y no contar con los medicamentos e insumos necesarios:

“No sabía que hacer, la paciente sangraba no tenía medios era de noche y estaba sola”. (3, A, PK)

Es preocupante esta expresión de que “no sabía que hacer”, refleja que no esta capacitada para atender un caso como el que se presento?, o se expresa así porque no tenía los medios necesarios? (6, M, C, S, H).

En el grupo focal con personal de salud, no pudieron nombrar los medicamentos que se requieren para tratar o referir un caso de eclampsia, solo mencionaron la Metildopa, que es un hipotensor que se utiliza por vía oral, no nombraron los medicamentos que se requieren en casos de una eclampsia como el nifedipino, el sulfato de magnesia, entre otros. Esto muestra que no están capacitados en tratamiento de estas complicaciones.

En el grupo focal organizado con personas de la comunidad, reclamaron por el trato del personal, indicando que en algunas oportunidades les trataban mal.

“También que los médicos atiendan con un poquito de cariño por que

algunas veces nos riñen y dicen que no hay medicamentos”.(49, E, C,P)

Los representantes de la comunidad, sugirieron que el municipio debería dar prioridad a salud y a mejorar el estado de los caminos:

“El equipamiento, infraestructura, recursos humanos, y transporte deben ser de prioridad e incluir en el POA del Municipio y deben también hacer mantenimiento de los caminos, sobre todo en época de lluvias, que es cuando más sufrimos, porque no podemos salir de nuestras comunidades aunque estemos mal. ” (32, H, C, H)

4.5 REPERCUSIÓN EN LA FAMILIA Y LA COMUNIDAD

La muerte prematura de una mujer por complicaciones del embarazo parto y puerperio es una tragedia humana, por su repercusión al interior de la familia y la comunidad, los hijos quedan privados del cariño y cuidado de su madre.

Los familiares expresaron su tristeza, porque como consecuencia de la muerte de estas mujeres quedaron muchos niños huérfanos, puesto que la mayoría de las mujeres tenían más de 4 hijos y una de ellas había tenido trece hijos.

“Me da mucha pena, porque ella tenía hartas wuawitas mas de una docena y los más chiquitos están sufriendo harto (55.S, CK)

En algunos casos, los niños son cuidados por su padre con la ayuda de los familiares:

“Los hijos viven con su papá pero son sufriditos por que su mamá ya no esta con ellos, el papá solo les de de comer y más se dedica al sus cosecha y ganado, pero sus tíos y yo le ayudamos en lo que podemos, algunas veces cocinamos para ellos también, que voy a hacer hasta que

díos me diga que me vaya a su lado”(28, CC, 6, PT)

Sin embargo en la mayoría de los casos, el viudo establece otras relaciones y o simplemente no se responsabiliza del cuidado de sus hijos:

“Las wawas viven con su abuelita por que mi cuñado no se ha preocupado de ellos no sabe si comen o no, es por lo cual nosotros nos preocupamos estaban sufriendo como son tan pequeñitos lloraban no más” (32, CC, 10 H)

Como la mujer es la base de la familia, esta en muchos casos se desintegra, y los niños aparte de perder la compañía y el afecto de su madre, ven que su familia se deshace, en muchos casos los separan de sus hermanos con los que compartían sus alegrías y tristezas:

“Después que se ha muerto mi mujer, como tenia hartos hijos y yo solito no podía cuidarlos, los tuve que repartir. Al bebe se lo llevo mi hermana, los dos más grandecitos se fueron con su abuela, una chica con su tía y los más grandes se han ido a Santa Cruz a buscar trabajo, yo solo me he quedado con unito que es mi compañero”. (55, M, CP)

En relación al viudo, en la comunidad piensan que tiene derecho a rehacer su vida con otra mujer, porque consideran que por ser varón, necesita de una mujer que lo cuide y atienda, esto evidencia que están presentes los roles de género asignados por la sociedad a hombres y mujeres:

“Los Hombres muchas veces por necesidad se buscan mujer cuando son jóvenes todavía por que sin mujer no pueden vivir, la mujer es la que controla en la casa, criando a los hijos, cocina la merienda del día, la limpieza y al cuidado de los animales, además los hombres se dedican a la borrachera pensando que van a olvidar con la bebida es por eso la mayoría de los hombres no se quedan solos a mucho esperan el año de fallecimiento y se vuelven a vivir con otra mujer”(41, H, .CP).

Sin embargo en la comunidad consideran que el viudo, debe esperar un tiempo prudente antes de tomar esa decisión, como mínimo un año.

“Mi hijo vive solo todavía es poco tiempo para que se haga de mujer por que por lo menos tiene que estar solo por lo menos 3 años después recién se puede volver casarse”.(52, V, 9, P)

En algunos casos los viudos no esperan, y al poco tiempo del fallecimiento de su esposa ya tienen otra pareja, lo que en muchos casos repercute negativamente en el cuidado de los niños y niñas:

“Mi cuñado tiene otra mujer ha dejado a sus hijos al cuidado de su suegra no se preocupa de nada”. (20, S, 2, K)

“Mi yerno por el momento vive solo con sus hijos pero me dicen los vecinos que ya esta mirando a otra mujer por que algunas veces llega tarde y borrachito un poco ya se esta descuidando de sus hijos y eso me preocupa por que yo sola con tantos no puedo cuidar, ájala no me de colerones”. (28, CC, 6, P)

La muerte materna repercute también en la comunidad, aunque de diferente manera de acuerdo al estado civil, número de hijos que tenía la mujer y el rol que desempeñaba en la comunidad.

La comunidad valora a la mujer principalmente por su rol de madre, sienten pena cuando muere una mujer y deja muchos hijos, este sentimiento se manifiesta principalmente por el abandono en que quedan los niños y niñas y porque consideran que los papas no les prodigan el mismo cuidado que las mamas.

“Futicuni sumajta wawasrasqu sufren crecen sin cariño de su madre, son abandonados desde la alimentación, ropa porque el padre no cumple como el papel de una madre (30, PH, CH)

La mujer también es valorada por su rol de esposa, por la atención que brinda a su marido en lo referente a su alimentación, a su ropa y también por el trabajo que realiza en las actividades agrícolas y en la crianza de los animales

“Una pena esta mi hijo, ya no hay quien se lo cocine, se lo arregle su ropa. Buena siempre era, dedicada a su casa, le ayudaba en la época de siembra y de cosecha y cuidando a sus animales, por eso mucha pena nos da que se haya muerto” (52, V, 9, P)

En otros casos manifiestan este sentimiento de pena por el papel que tenía la mujer en la comunidad, como líder comunitaria o porque ayudaba actividades o tareas especiales.

“En la comunidad es preocupante por que mi hija ayudaba a los profesores en la escuela” (40, PH, C, T).

Este sentimiento de pesar no se manifiesta cuando la mujer fallecida no tenía hijos pequeños, lo que muestra que no se valora a la mujer por ella misma. Tampoco este sentimiento de pena se manifiesta cuando la mujer es soltera, porque la mujer que se embaraza sin estar casada o tener pareja estable es rechazada por la comunidad

“En la comunidad, en parte se alegraron por que era una mujer soltera que esta en boca de todos y era ya mayor de edad y no tenía hijos”.

(35, H, C, P)

“Bueno como era joven y vivía en Sucre trabajando como empleada casi no afecta nada, solo vino a tener su hijo”(28, CC, 6, P).

CAPITULO

CAPITULO V:

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES:

1. Todas las mujeres fallecidas eran de origen quechua, pobres al igual que los habitantes del municipio de Poroma. Todas se dedicaban principalmente a las labores del hogar, a la agricultura y al cuidado de sus animales. Ninguna de ellas tenía un ingreso económico propio
2. Las mujeres que fallecieron en el municipio de Poroma en los años 2004 y 2005 por complicaciones del embarazo parto y puerperio eran mujeres jóvenes, la menor tenía 16 años y la mayor no había cumplido cuarenta años.
3. Las mujeres que se embarazan sin estar casadas o sin tener una pareja estable son rechazadas por la comunidad, por lo tanto el estado civil de las mujeres solteras que se embarazan resulta perjudicial para su futuro y/o su salud.
4. La comunidad siente tristeza por los niños huérfanos que quedan, puesto que la mayoría de las mujeres fallecidas tenían más de 4 hijos
5. La mayoría de las mujeres fallecidas habían tenido el parto en sus domicilios atendidos por personal no calificado.
6. Pese a que por la vigencia del Seguro Universal Materno Infantil se ha eliminado la barrera económica, las mujeres no acceden a los servicios para la atención del parto, lo que muestra que existen otras barreras como el no respeto en los servicios de salud a su cultura y practicas tradicionales, las largas distancias entre sus domicilios y los servicios de

salud.

7. En relación a las tres demoras relacionadas con las muertes maternas, en cuatro de los siete casos se identificó la primera demora, la mujeres, junto a su pareja o familia, no tomaron la decisión de acudir a un servicio de salud para la atención del parto o la complicación.

No tomaron la decisión de pedir ayuda en unos casos por desconocimiento de las complicaciones y sus consecuencias, en otros por la ausencia de personal de salud en los servicios, por la distancia, por temor a ser maltratados por malas experiencias anteriores personales o de sus familiares.

8. En dos casos se identificó la segunda demora, en uno la mujer tomó la decisión de acudir a un servicio de salud, sin embargo no pudo hacerlo porque estaba sola y no tenía con quien dejar a sus hijos. En el otro caso, no pudieron llevarla a un servicio de salud por que no encontraron un medio de transporte en la comunidad ni forma de comunicarse con el hospital para solicitar que fuera la ambulancia.

9. En dos casos se identificó la tercera demora, o sea que las mujeres acudieron a un servicio de salud, pero en los servicios no se pudo resolver el problema, porque no tenían la capacidad instalada y se demoró en la referencia a establecimientos de salud de mayor complejidad.

En uno de los casos, el especialista que estaba de turno en un hospital de segundo nivel, no quiso autorizar el desplazamiento de la ambulancia, argumentando que tenía una “duda razonable” sobre el diagnóstico por que el mismo había sido realizado por una auxiliar de enfermería. Por esta actitud, dificultades con la comunicación y una serie de trabas burocráticas, se perdieron horas cuando la ambulancia llegó al puesto de salud, la paciente se encontraba en mal estado, falleciendo cuando estaba siendo trasladada a Sucre.

10. La Red de Servicios de salud del municipio está constituida por el hospital básico de Poroma, cuatro centros de salud con atención de médico y ocho puestos sanitarios atendidos por auxiliares de enfermería. Todos los servicios corresponden al primer nivel de atención.
11. Las distancias entre el hospital de Poroma y sus centros y puestos de salud fluctúa entre 30 y 120 kilómetros, con caminos en mal estado, no transitables todo el año lo que dificulta la referencia oportuna de los casos de emergencia.
12. El hospital Básico de Poroma cuenta con una ambulancia y una camioneta en buen estado de funcionamiento, para conducir los dos vehículos solo tienen un conductor.

Los Centros y Puestos de Salud cuentan con una motocicleta cada uno, en regular estado de funcionamiento, no se realiza su mantenimiento en forma regular.

La dotación de combustible a los servicios de salud por parte del Gobierno Municipal es insuficiente y no oportuna.
13. Otro problema identificado es el deficiente estado en que se encuentran las radios y el restringido horario en el que funcionan, lo que no les permite comunicarse con el hospital de Poroma durante las 24 horas del día y los fines de semana en casos de emergencia.
14. Los servicios que conforman la red de salud del municipio de Poroma, son todos de primer nivel y no tienen la capacidad instalada para resolver todos los casos de complicaciones obstétricas.
15. La infraestructura de los diferentes establecimientos de salud se encuentra en regular estado de conservación y cuentan con el equipamiento básico para su nivel de atención.

16. En la mayoría de los servicios de salud carecen de los insumos y medicamentos esenciales, y de los que se deben utilizar en casos de complicaciones obstétricas.

Ninguno de los servicios de salud de Poroma, incluyendo el Hospital básico cuenta con sangre disponible para casos de emergencia.

17. No todo el personal de salud que trabaja en Municipio de Poroma esta capacitado y tiene las competencias necesarias para la atención y resolución de complicaciones obstétricas.

18. Personas de la comunidad, refieren haber sufrido en algún momento maltrato por parte del personal de salud.

19. En la mayoría de los casos, como consecuencia de la muerte materna la familia se desintegra, los hijos quedan al cuidado en unos casos de los abuelos, tíos o el esposo y son los más afectados por la muerte de la madre.

20. En la comunidad esta socialmente aceptado que el viudo busque otra mujer, después de un tiempo prudente desde el fallecimiento de su esposa, porque consideran que por ser varón necesita ser atendido., esto evidencia que están presentes los roles de género asignados por la sociedad a hombres y mujeres.

21. En la comunidad se valora a la mujer principalmente por su rol de madre y esposa no por ella misma

5..2 RECOMENDACIONES:

Los resultados de la investigación, así como la de otros trabajos nos muestra que la mortalidad materna no es un problema estrictamente individual de las mujeres o que se reduce solo al ámbito familiar, las muertes maternas suceden en el ámbito de toda la población, convirtiéndose en un problema de

salud pública .

Actualmente la reducción de la mortalidad materna es no solo un reto desde el punto de vista técnico, ya que por estar vinculada a factores sociales culturales en una determinada sociedad; los caminos para su reducción están relacionados con procesos de dialogo, concertación y acción en varios niveles como las organizaciones sociales, los gobiernos municipales, autoridades de salud y otros.

Una muerte materna es una grave violación de los derechos de las mujeres, la mortalidad materna debe ser comprendida como una situación de injusticia social , determinada en gran parte por las diferencias de poder que las mujeres tienen para tomar decisiones sobre su cuerpo, su salud y su vida. La investigación a demostrado que las mujeres son valoradas principalmente por sus roles de madres y esposas y no por ellas misma, que hay dificultades para que la propias mujeres sus familias y su entorno identifiquen y reconozcan las complicaciones obstétricas y los signos de peligro, a los que se suma la falta de capacidad de respuesta de las comunidades, así como las deficiencias resolutivas de los servicios de salud en casos de complicaciones obstétricas.

Basándonos en los resultados de la investigación, para contribuir a la reducción de la mortalidad materna en el municipio de Poroma, se proponen las siguientes estrategias:

- 1 Implementación de una estrategia de información, comunicación y sensibilización a la comunidad sobre las complicaciones obstétricas y los signos de peligro. y a las autoridades locales y tomadores de decisiones sobre la magnitud de la mortalidad materna en Poroma
- 2 Promoción de la atención del parto por personal calificado
- 3 Cuidados obstétricos esenciales de emergencia.

- 4 Organización de la red obstétrica de atención y del sistema de referencia y contrarreferencia.

- 5 Otras

Por los altos porcentajes de muertes maternas en domicilio, se debe impulsar la vigilancia epidemiológica comunitaria de la mortalidad materna, creando redes sociales que aparte de notificar casos de muertes maternas, puedan identificar oportunamente complicaciones obstétricas y ayuden a las mujeres y sus familias a llegar a los servicios de salud movilizando a la comunidad.

Solicitar al Director de SEDES, que emita una resolución, donde se recomiende que todo caso de emergencia obstétrica sea considerada como tal mientras no se demuestre lo contrario, independientemente de quien haya realizado el diagnóstico o identificado el caso y se acuda en ayuda de la mujer lo más rápido posible.

BIBLIOGRAFIA

1. Encuesta Post Censal de Mortalidad Materna 2000 Instituto Nacional de Estadística.

2. Enfoque Intercultural y de Genero en Salud Materna Edición UNFPA QUITO AGOSTO 2006

3. Instituto Nacional de Estadística (INE) Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2001 Bolivia 2002.

4. Instituto Nacional de Estadística (INE) Censo Nacional de Población y Vivienda 2001 Bolivia 2002.

5. Ministerio de Salud y Deportes Plan Vida La Paz Bolivia 1993

6. Ministerio de Salud y Deportes Evaluación de Necesidades por el Cuidado Obstétrico de Emergencia Noviembre 2004 La Paz Bolivia.
7. Ministerio de Salud y Deportes Salud un Decreto y una Responsabilidad
8. Ministerio de Salud y Deportes Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Materna Norma Boliviana de salud NB- MSPS – 01 – 03
9. Ministerio de Desarrollo Humano Secretaria Nacional de Salud Dirección Nacional de la Mujer y el Niño Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Materna y Peri natal La Paz Bolivia Enero de 1997 Norma Boliviana de Salud NB-SNS-03-97
10. mortalidad Materna Sistematización de la Documentación de la oficina regional del UNFPA en Chuquisaca 2004.
11. Organización Mundial de salud (OMS) Diagnostico Cualitativo de la Atención de la Salud Sexual y Reproductiva en Bolivia 1996.
12. Organización Panamericana de la Salud Guía para escribir un Protocolo de Investigación Modulo I Unidad III Kathia Butrón.
13. Plan de Desarrollo Municipal (PDM) Municipio de Poroma 2005.
14. Red de Salud I Sucre SNIS Sucre 2005
15. Red de Salud I Sucre ASIS 2005
16. Servicio Departamental de Salud de Chuquisaca SEDES Análisis de Situación de Salud Sucre 2005.
17. Todos Guía para al Atención Intercultural de la Salud Materna Bolivia Diciembre 2005

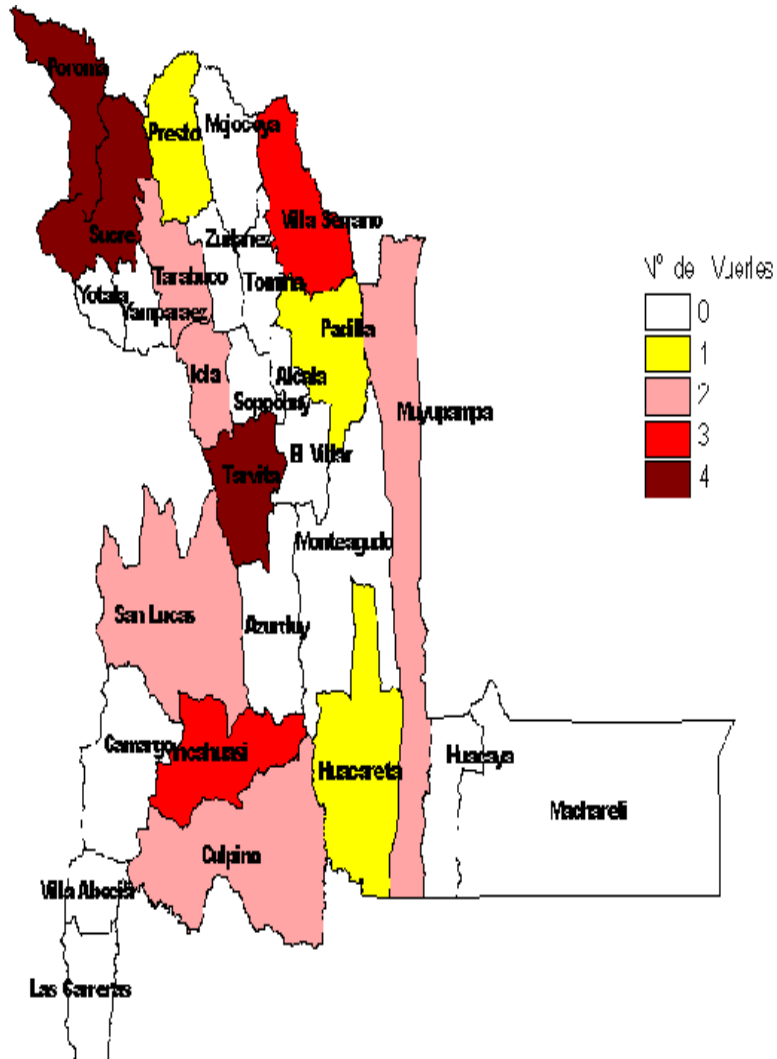
18. [http. www SNIS. Gov. Bo./ ops.](http://www.SNIS.Gov.Bo./ops) Mortalidad Materna agosto 2005

19. [http. www SNIS. Gov. Bo./ ops.](http://www.SNIS.Gov.Bo./ops) Indicadores Demograficos 2005

ANEXOS

ANEXO N° 1

MAPA N° 1 DEPARTAMENTO DE CHUQUISACA

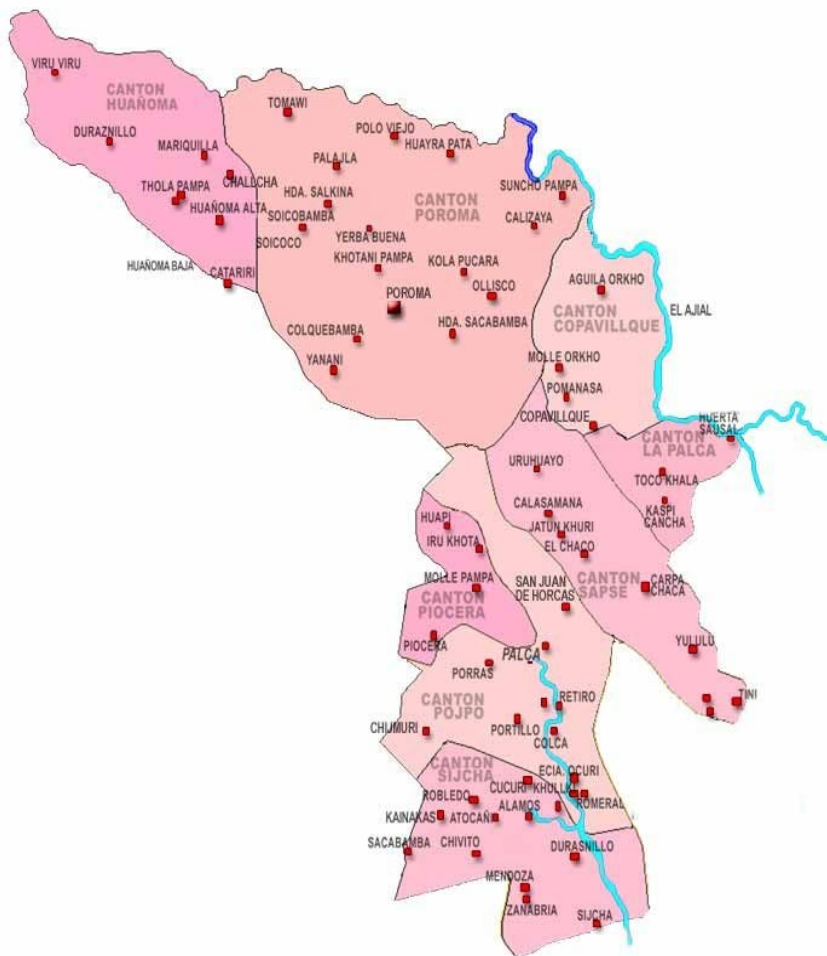


ANEXO 2
VISTA PANORAMICA MUNICIPIO DE POROMA



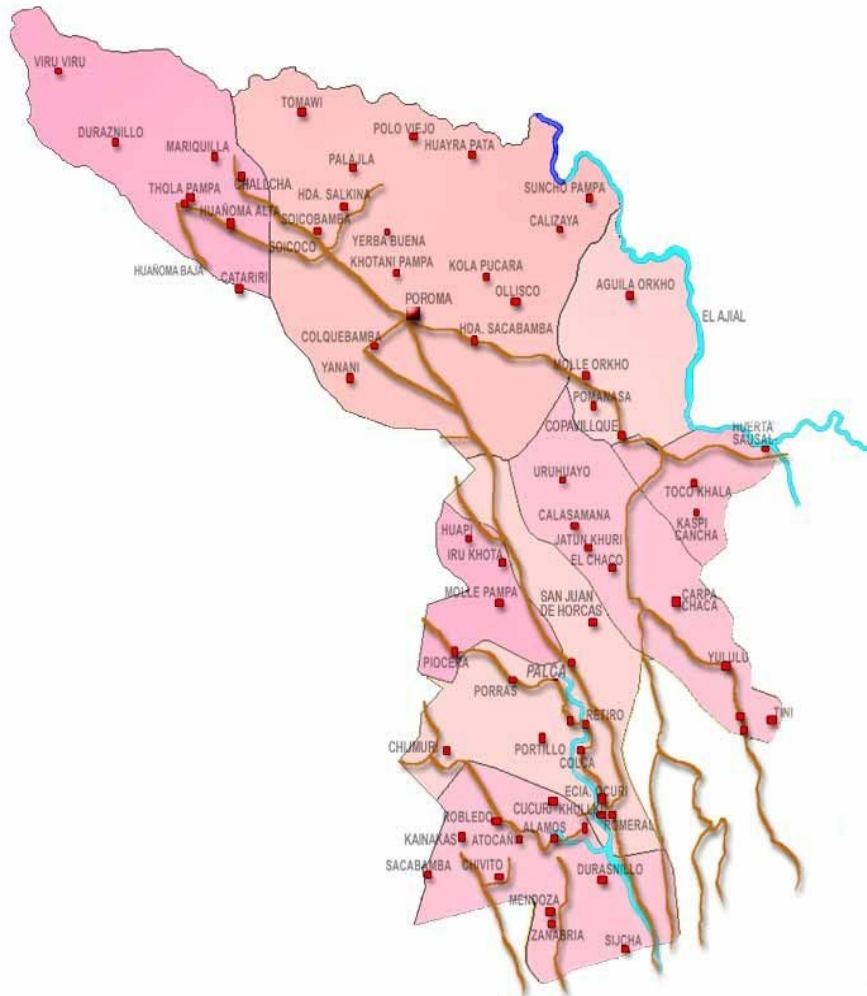
ANEXO 3

MAPA N° 2 UBICACIÓN GEOGRAFICA MUNICIPIO DE POROMA



ANEXO Nº 4

MAPA Nº 3 DENSIDAD POBLACIONAL POR COMUNIDAD MUNICIPIO DE POROMA



ANEXO Nº 5

MAPA Nº 4 ACCESIBILIDAD VIAL Y RED DE SERVICIOS MUNICIPIO DE POROMA



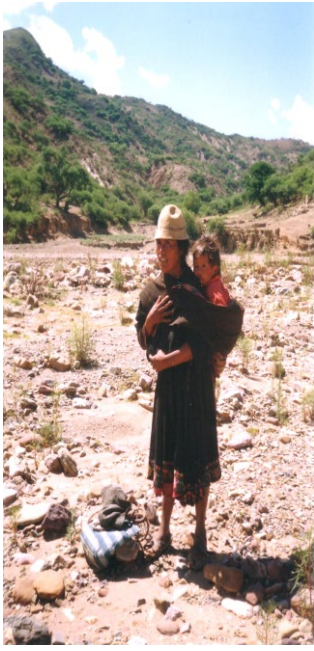
ANEXO N° 6
GRUPO FOCAL CON LA COMUNIDAD
MUNICIPIO DE POROMA



ANEXO Nº 7

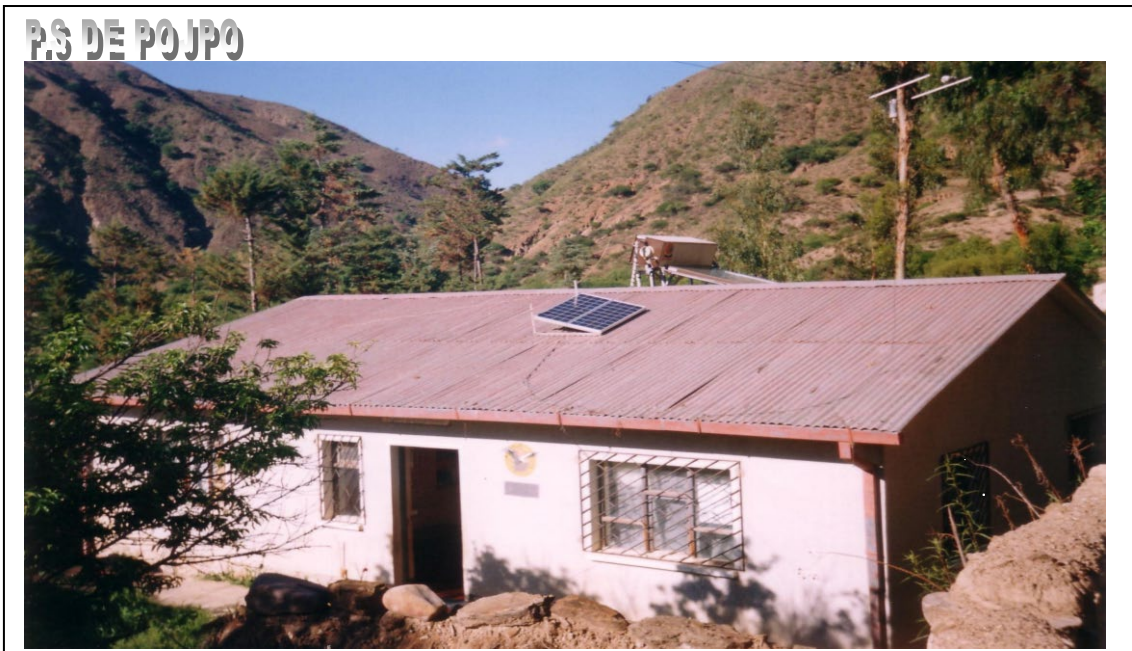
**ENTREVISTAS EN PROFUNDIDAD
MUNICIPIO DE POROMA**





ANEXO Nº 8

**PUESTO DE SALUD LA PALCA- POJPO
MUNICIPIO DE POROMA**



ANEXO Nº 9

**ACCESIBILIDAD CAMINERA
MUNICIPIO DE POROMA**



**FRAGMENTOS DE ENTREVISTAS EN PROFUNDIDAD
Y GRUPOS FOCALES A MIEMBROS DE LA FAMILIA Y
PERSONAL DE SALUD**

En base a este gui3n se realiza:

1. ¿Que sienten cuando saben que ha muerto una mujer por complicaciones del embarazo parto y puerperio? Por que?
2. Se pod3a prevenir esas muertes? Como?
3. Cuantos hijos ten3a?
4. Que paso con el ultimo ni3o o ni3a que tuvo?
5. C3mo repercuten en la familia y la comunidad las muertes?
6. Que deber3an hacer los servicios de salud para evitar estas muertes

**ENTREVISTAS EN PROFUNDIDAD: A FAMILIARES DE MUJERES
FALLECIDAS**

Comunidad

Nombre Completo

Edad

Parentesco Familiar

Origen del fallecimiento

Como se Comunica con el Puesto o Centro de salud.

AL PERSONAL DE SALUD

Lugar de Trabajo

Nombre Completo

Años de servicio

Cuenta con Medios de Transporte y Comunicación

Tiene disponible los insumos y medicamentos del SUMI

Origen de fallecimiento de las Muertes Maternas en su Municipio

Códigos asignados al Personal de Salud en Grupos Focales

3, V, P, K	Auxiliar varón 3 años Puesto de Salud Kainacas
11, V, P, P	Auxiliar varón 11 años puesto de Salud Pojpo
6, M, C, S, H	Medico Mujer 6 años Centro de Salud Horcas
8, L, M, H, P	Lic. Enfermería Mujer 8 años Hospital Poroma
9, V, P, S, P	Auxiliar Varón 9 años Puesto de salud la Palca
7, M, C, S, T	Auxiliar Mujer 7 años Centro de Salud de Tolapampa
3, M, M, C, S, T	Medico Mujer 3 años Centro de Salud de Tolapampa
5, M, H, P	Auxiliar Mujer 5 años Hospital Poroma

ANEXO 13

Códigos asignados a familiares de las mujeres fallecidas en Grupos Focales

40, CC, 3, T	Mujer Concubina 40 años con 3 hijos Tolapampa
20, S, 7, K	Mujer Soltera 20 años con 7 hijos Kainacas
35, C, 5, H	Padre Familia 35 años con 5 hijos Horcas
52, V, 9, P	Padre Viudo 52 años con 9 hijos Poroma
32, CC, 10 H	Padre Concubino 32 años con 10 hijos Huañoma
39, V, 4, P	Mujer Viuda 39 años con 4 hijos Pojpo
18, S, 2, P	Madre Soltera 18 años con 2 hijos La Palca
28, CC, 6 P	Mujer concubina 28 años con 6 hijos Poroma

ANEXO N° 14

ENTREVISTAS EN PROFUNDIDAD

Códigos asignados a familiares de mujeres fallecidas en entrevistas en profundidad

40, PH, C, T	Primo hermano 40 años Comunidad Tolapampa
49, E, C, P	Esposo 49 años Comunidad Pojpo
35, H, C, P	Hermana 35 años Comunidad La Palca
41, H, C, P	Hermano 41 años Comunidad Poroma
30, PH, CH	Primo Hermano 40 años Comunidad Huañoma
32, H, C, H	Hermana 32 años Comunidad Horcas
55, S, CK	Suegra 55 años comunidad Kainacas
55, M, CP	Madre 55 años Comunidad Poroma

ANEXO 15

Códigos asignados al personal de salud en Entrevistas en Profundidad

3, A, PK	Auxiliar 3 años Puesto de Salud Kainacas
11, A, PS.	Auxiliar 11 años Puesto de Salud Pojpo
6, M, C, SH	Medico 6 años Centro de Salud Horcas
3, A, CT	Auxiliar 3 años Centro de Salud Tolapampa
8, L, HP.	Licenciada Enfermería 8 años Hospital Poroma
9, A, P, SP	Auxiliar 9 años Puesto de salud la Palca
7, A, C, ST	Auxiliar 7 años Centro de Salud Tolapampa
5, A, HP	Auxiliar 5 años Hospital Poroma

SENSIBILIZACIÓN A LA COMUNIDAD SOBRE LAS COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS Y LOS SIGNOS DE PELIGRO. Y A LAS AUTORIDADES Y TOMADORES DE DECISIONES SOBRE LA MAGNITUD DE LA MORTALIDAD MATERNA EN POROMA

En la investigación se ha identificado a la primera demora como la más frecuente, las mujeres y sus parejas o familias no han tomado la decisión de acudir a un servicio de salud para la atención del parto o la complicación, debido principalmente al desconocimiento que tienen de los signos de peligro y las principales complicaciones que se pueden presentar durante el embarazo, parto y puerperio.

Por lo anotado se plantea llevar adelante una estrategia de información y comunicación a la población del municipio de Poroma sobre los signos de peligro y las complicaciones obstétricas que se pueden presentar y que si no son tratados oportunamente pueden ocasionar la muerte de la embarazada.

Como fruto de la estrategia, se quiere lograr que las mujeres y sus familiares informados y motivados acudan a los servicios de salud para la atención del parto y sus complicaciones. Económicamente es factible llevar adelante esta estrategia, puesto que el municipio dentro de su presupuesto contempla recursos económicos para actividades de información y comunicación a la comunidad.

Se plantea también realizar reuniones de información y motivación con autoridades y tomadores de decisiones tanto a nivel de organizaciones sociales como institucionales (gobierno municipal, autoridades en salud) para hacerles conocer la magnitud del problema de la mortalidad materna en el municipio de Poroma, las consecuencias que tiene al interior de la familia la muerte prematura de una mujer y su repercusión en la comunidad. Hacerles saber también de que las muertes maternas se pueden evitar si todos contribuyen en el ámbito de sus competencias para lograr este fin

Con estas reuniones se busca, entre otros resultados que las autoridades

municipales con el apoyo y exigencia de la comunidad organizada (comité de vigilancia) informar y motivar e , incorporen en su presupuesto operativo anual recursos económicos suficientes para:

Contratar un conductor que pueda conducir el otro vehículo con el que cuenta el hospital de Poroma.

Realizar la reparación y mantenimiento permanente de las motocicletas y las radios de los centros y puestos de salud.

Dotar de combustible en cantidad suficiente para el trabajo comunitario, la referencia y contrarreferencia de emergencias obstétricas y neonatales.

Que se comprometan a la cancelación oportuna de los Formularios de Otorgados de Prestaciones del SUMI (FOPOS) para que los servicios puedan adquirir sus medicamentos oportunamente

En caso de que sea el municipio el que adquiere los medicamentos del SUMI, hacer que el proceso de adquisición, sin alejarse de las normas legales en vigencia sean ágiles de tal manera que garantice la existencia de los medicamentos esenciales en todos los servicios de salud en cantidad suficiente y en el momento oportuno.

Atención calificada del parto con adecuación cultural:

Mundialmente se ha demostrado que la atención calificada del parto es una de las principales estrategias para reducir la probabilidad de morir por una causa obstétrica

Lo que se acepta como definición universal basada en evidencia, es que una persona que oferta atención calificada del parto, es aquella capaz de atender un parto normal, y de reconocer , manejar y transferir .casos de complicaciones obstétricas.

Entonces una de las recomendaciones es promover el acceso de las mujeres de Poroma a la atención calificada del parto con enfoque intercultural..

Se sabe que pese a que se ha eliminado la barrera económica gracias a la vigencia del Seguro Universal Materno Infantil, la cobertura de parto institucional en Poroma solo llega al 36 %, y que una de las causas para el no acceso de las mujeres a los servicios de salud es la barrera cultural, por lo tanto es necesario definir estrategias para lograr que en los servicios de salud se brinde una atención de calidad con enfoque intercultural, respetando sus usos, costumbres y practicas tradicionales mientras no se ponga en riesgo la salud de la madre y el niño. Entre estas podemos citar las siguientes.

- Buscar y poner en práctica todos los mecanismos posibles para que el personal de los servicios de salud conozca y respete la cultura de las poblaciones indígenas.
- Informar a la población sobre las complicaciones del embarazo parto, puerperio y los signos de peligro, utilizando su lenguaje nativo, en términos sencillos y adecuados.
- Exigir que el personal de salud hable o aprenda el quechua para establecer una relación de confianza con las usuarias de los servicios.
- Permitir que le acompañe el familiar o la persona que la mujer elija durante las consultas prenatales o atención del parto.
- Realizar cambios en los centros de salud que permitan incorporar prácticas culturales de salud que muchas veces están ligadas a la espiritualidad y cosmovisión indígena tales como: la ingesta de mates calientes durante el trabajo de parto, posiciones para el periodo expulsivo, ambientes cálidos y oscuros, arropamiento de parturienta y otros.
- Promover el dialogo entre la comunidad, las parteras tradicionales, los médicos tradicionales y los servicios de salud.
- Articular parteras y servicios de salud promoviendo la referencia y

contrarreferencia en casos de complicaciones obstétricas.

Cuidados obstétricos esenciales de emergencia

La 26° Conferencia Sanitaria Panamericana, como respuesta a las cifras persistentemente elevadas de mortalidad materna por complicaciones en el embarazo y parto, ha pedido a los Estados Miembros que “respalden y apoyen las intervenciones basadas en la evidencias científicas para reducir la mortalidad y la morbilidad materna, como los Cuidados Obstétricos Esenciales y la asistencia del parto por personal calificado”

Cuando se habla Cuidados Obstétricos Esenciales (COE), se esta pensando en un conjunto de actividades fácilmente identificables y evaluables que deberían estar presentes en los servicios de salud de acuerdo con su nivel de complejidad.

Así se habla de COE básico y COE completo o integral, los primeros para los diversos tipos de establecimientos que componen el primer nivel de atención y los completos para el segundo y tercer nivel de atención.

En razón a que los indicadores de mortalidad materna y neonatal precoz permanecen elevados, entre otras razones porque las emergencias obstétricas y neonatales son mal atendidas o no atendidas, ha surgido un nuevo criterio que tiene que ver con la identificación de capacidades clave que ayudan a salvar vidas. Por esto, hay quienes prefieren hablar de cuidados obstétricos de emergencia (COEm), básico y ampliados

Los Cuidados Obstétricos de Emergencia (COEm)

COEm Básico	☐☐ COEm Ampliados
<ul style="list-style-type: none"> ☐☐ Administración de antibióticos par entérales (intravenosos) ☐☐ Administración de medicamentos oxitócicos parenterales ☐☐ Administración de anticonvulsivantes parenterales para la eclampsia y eclampsia ☐☐ Retiro manual de la placenta ☐☐ Retiro de productos retenidos (mediante legrado o aspiración manual. ☐☐ Parto asistido (instrumental) 	<ul style="list-style-type: none"> ☐☐ Todos los procedimientos descritos en la columna anterior, correspondientes a los COEm Básico, más: ☐☐ Realización de cirugías (cesárea) ☐☐ Realización de transfusiones de sangre.

Fuente Evaluación de necesidades para el cuidado obstétricos de emergencia

Aunque ambas categorías de COEm no involucran muchas intervenciones, su cumplimiento tiene que ver con el desarrollo institucional, es decir con aquellos cuatro atributos que deben estar presentes en todo servicio de salud, cualquiera sea su complejidad: infraestructura, equipo clínico básico, suministros y medicamentos esenciales, y personal de salud con conocimientos habilidades y motivación

La ausencia o deficiencia de uno o más atributos influye en la capacidad de respuesta del establecimiento de salud, pero también afecta a la red de servicios como conjunto. De acuerdo a los resultados de la investigación, se debería realizar un mantenimiento anual de la infraestructura de los servicios para garantizar su conservación.

En relación al equipamiento, se debería hacer un inventario para saber si cada uno de los servicios cuenta con el instrumental necesario para su nivel de

atención, verificar si se encuentran en buen estado de funcionamiento y si esta siendo utilizado adecuadamente. De acuerdo a los resultados se debería planificar la adquisición del instrumental que faltara

Se ha identificado como un problema el mal estado en que se encuentran las motocicletas de los centros y puestos de salud por falta de mantenimiento, al igual que las radios, el **Directorio Local de Salud (DILOS)**, que es presidido por el Alcalde Municipal, deberá exigir que en el Plan Operativo Anual del Municipio se incorporen los recursos necesarios para la reparación y manteniendo de las motocicletas y radios, además de los recursos necesarios para la dotación oportuna de combustible y en la cantidad suficiente para el trabajo comunitario y la referencia de casos de emergencias obstétricas.

Uno de los problemas identificados por la investigación, es la falta de insumos y medicamentos esenciales en los servicios de salud. El reglamento del SUMI establece los pasos y plazos a seguir para la adquisición y distribución de estos medicamentos en forma oportuna y en las cantidades suficientes de acuerdo a programación, sin embargo los plazos no se cumplen, por lo que es necesario que el DILOS, máxima autoridad en salud en el municipio exija que se cumplan los plazos, puesto que los recursos económicos están disponible en la cuenta municipal de salud.

Capacitar a todo el personal en COE, priorizando los funcionarios que trabajan en los lugares más alejados, desde donde es difícil la referencia.

Si la primera causa de muerte es la hemorragia por retención de placenta, todo el personal debería estar capacitado en el manejo activo del tercer periodo del parto, y tener la destreza suficiente para realizar una extracción manual de placenta en caso de retención y poder manejar adecuadamente el Shock hipovolémico. .Por las destrezas que deben adquirir, la capacitación debería ser teórico practica, con un pasantía en los hospitales de segundo y tercer nivel de atención.

Para salvar la vida de las mujeres es necesario que la comunidad y los servicios de salud del municipio de Poroma y los dos hospitales de referencia, estén organizados en una red obstétrica, donde partiendo de la comunidad, hasta llegar al tercer nivel de atención, estén claramente identificados los niveles de referencia, los canales de comunicación, los medios de transporte a ser utilizados, las personas responsables y otros.

En la comunidad, cada una de las mujeres embarazadas, con la colaboración de sus familiares, la partera, el RPS y el personal de salud debe elaborar su “plan de parto” , donde debe estar claramente identificado los siguiente:

- 1 Fecha probable de parto
- 2 Lugar donde será atendido el parto.
- 3 Como llegar a ese lugar si es de día o de noche (Identificar si ira a pie, en caso de que requiera de un vehículo identificar a quien recurrir, puede un medio de transporte público o privado)
- 4 Identificar que medios de comunicación existe en la comunidad para poder comunicarse.
- 5 Identificar que persona o personas la acompañaran
- 6 Identificar que persona o personas se quedaran al cuidado de sus hijos, sus animales y otros.
- 7 Debe estar claramente establecido que haría en un caso de emergencia.

Si la mujer o su familia sabe como debe proceder en un caso de emergencia, se evita la segunda demora, que es cuando la mujer o su familia deciden acudir a un servicio de salud y no lo hace por que no sabe en que ir en unos casos o con quien dejar a sus hijos en otros casos,

El Hospital Básico de Poroma, lo centros y puestos de salud del municipio, deben hacer un seguimiento personalizado a todas las embarazadas que viven en su área de influencia. La utilización adecuada del instrumento “planificador de partos” permite saber cuantos partos espera atender en el mes y las fechas probables de esos partos. Los días próximos a las fechas probables de parto, el personal, sobre todo si se trata de una sola persona no debe abandonar su

servicio y se debe percatar que cuenta con todo lo necesario para la atención del parto y sus posibles complicaciones. Debemos recordar de que uno de los motivos para que las mujeres y familiares no acudan a los servicios de salud, es la ausencia de los funcionarios.

Por las distancias que existen de los centros y puestos de salud al hospital básico de Poroma, por la ubicación geográfica de algunos de esos centros y puestos que están más cerca de Sucre o Aiquile que de Poroma se plantea que en casos de emergencia obstétricas los casos sean referidos al hospital más cercano, aunque sea de otro municipio.

La referencia a servicios de otro municipio está garantizada por la Ley del SUMI, que permite ser cancelado por las prestaciones otorgadas sin importar la procedencia de la mujer y el niño, y sin afectar los recursos económicos asignados al municipio receptor, puesto que cuando los recursos de coparticipación son insuficientes, se recurre al fondo solidario.

Otras

Hay la evidencia de que existe una relación estrecha entre el nivel de educación de la mujer con el cuidado de su salud y la de sus hijos, aprovechando la oportunidad que existe actualmente por la puesta en vigencia del Plan Nacional de Alfabetización (Yo sí puedo) las autoridades municipales, las organizaciones sociales deben incentivar a las mujeres para que acudan a los centros de alfabetización