



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA
UNAN- LEÓN
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**



**TÉSIS PARA OPTAR AL TÍTULO DE:
DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUGÍA.**

TEMA

**EVALUACIÓN DEL PLAN DE REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD
MATERNA EN EL CENTRO DE SALUD “FIDEL VENTURA DEL
MUNICIPIO DE WASLALA, PERIODO COMPRENDIDO DEL 2002
HASTA EL 2006.”**

AUTOR: Jairo José Pozo Cárcamo.

TUTOR: Dra. Yasmina Mayorga.

Ginecoobstetra.

ASESOR: Dr. Arnoldo Toruño.

Msc. Salud Pública.

**León, Nicaragua
Mayo - 2007**



DEDICATORIA

A mi familia y familiares y muy especialmente a mi Madre, por todo el apoyo, esfuerzo y sacrificio; a ella doy también el fruto de lo que ha sembrado en el transcurso de estos años de arduo labor, Dios te cuide Madre mía.



AGRADECIMIENTO

A Dios por su gracia y amor sobre todos nosotros.

A mi familia y familiares, en mención especial, mi madre.

A la Dra. Yasmina Mayorga y al Dr. Arnoldo Toruño, tutora y Asesor; por su tiempo, apoyo y conocimiento.

A Leslie Montenegro Fajardo, por su apoyo.

A la Dra. Karla Álvarez, directora del Centro de Salud Fidel Ventura del Municipio de Waslala, período 2006; por su apoyo.

A todas las personas del Centro de Salud Fidel Ventura del Municipio de Waslala, que colaboraron y que me prestaron su ayuda y tiempo.

A los maestros de la carrera de Medicina por sus enseñanzas.



RESUMEN

En el presente estudio se realizó evaluación a los planes elaborados para reducir la Mortalidad Materna en el centro de salud Fidel Ventura del municipio de Waslala, período 2002 al 2006.

El tipo de estudio fue una evaluación de servicios de salud, utilizando la revisión documental combinado con entrevista a profundidad a informantes claves, se implementaron tres procesos: Exploratorio, técnico de recolección de datos e instrumental de registro y conservación de la información.

Para el análisis cualitativo, se utilizó la técnica de análisis de contenido de tipo conceptual, y los datos cuantitativos utilizando el programa Excel. La información fue utilizada con fines de investigación.

Las actividades llevadas a cabo hasta el momento han tenido pobre impacto, reflejo de los resultados donde las mujeres que fallecieron fueron: Multigesta entre 20 – 34 años de edad, analfabetas, casadas, del área rural, sin ningún CPN, con partos domiciliarios, atendidos por personal no adiestrado, ocurriendo la mayoría de las muertes en el puerperio, con más del 50 % sin historia de planificación familiar.

El analfabetismo asociado a la pobreza; son factores determinantes, que no permiten alcanzar una maternidad segura, es la peor de las demoras.

El insuficiente monitoreo y vigilancia de las acciones, no permiten asumir compromisos de los actores sociales, por lo que es necesario mejorar la calidad de atención en las unidades de salud, realizar evaluaciones periódicas, brindar educación sanitaria y coordinar esfuerzos con mejores políticas gubernamentales para garantizar embarazos y partos sin riesgos.



OPINION DEL TUTOR

Nadie exactamente cuántas mujeres mueren cada año a raíz de los embarazos; la mayoría son mujeres pobres, viven en zonas distantes, y se da poca importancia a su muerte.

Waslala por supuesto, no esta excenta de estas características, ya que aún presenta elevada tasas de mortalidad materna en los últimos cinco años.

Debido a lo anteriormente expuesto, considero que este estudio sobre evaluación del plan de reducción de la mortalidad materna en Waslala, permitirá disponer de información útil, e invita a todos y todas a utilizarla como instrumento de trabajo, de reflexión y acción que facilite la conjugación de esfuerzos, considerando que la participación social es uno de los pilares fundamentales en la gestión de salud, para transformar los factores y causas que conducen a las muertes y garantice el derecho de la mujer a realizar su proyecto de vida, como madre en condición segura.

Felicito a su autor por el esfuerzo, le deseo éxito en su carrera profesional.

Dra. Yasmina Mayorga.



INDICE

I. Introducción.....	1
II. Antecedentes.....	3
III. Planteamiento del problema.....	6
IV. Justificación.....	7
V. Objetivos.....	8
VI. Marco Teórico.....	9
VII. Materiales y Métodos.....	49
VIII. Resultados.....	53
IX. Discusión de los Resultados.....	66
X. Conclusiones.....	72
XI. Recomendaciones.....	73
XII. Referencias.....	74
XIII. Anexos.....	76



INTRODUCCIÓN

La conferencia internacional sobre Maternidad sin Riesgo llevada a cabo en Nairobi en 1987, convocada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), lanzó una iniciativa mundial por una Maternidad segura, esta iniciativa dio las pautas para el desarrollo de un plan de Reducción de Mortalidad Materna (MM) en las Américas¹. Las principales intervenciones desde entonces han sido^{1, 3}:

- Fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica.
- Formación de la comisión nacional para la reducción de la Mortalidad Materna.
- Extensión de cobertura de Planificación Familiar.
- Extensión de los indicadores de salud de la mujer.
- Extensión de cobertura del Control Prenatal.
- Capacitación de parteras empíricas para la atención domiciliar del parto normal y bajo riesgo.

Esta iniciativa mundial está basada en la preocupación de que cada año mueren 585,000 mujeres por causas relacionadas con el embarazo, parto y post-parto¹.

Las altas tasas de mortalidad materna en Nicaragua constituyen uno de los principales problemas de salud pública del Ministerio de Salud; por lo tanto el plan de Reducción de la Mortalidad Materna, ha servido como una guía para el establecimiento de nuevas estrategias de intervención y fortalecimiento de las ya existentes, permitiendo potenciar los esfuerzos entre el estado, la cooperación externa, los organismos no gubernamentales y la sociedad civil².

En el primer informe de avance del plan de acción para la reducción de la Mortalidad Materna, realizado en 1993, se recomendó la intensificación de los esfuerzos nacionales de los países en cinco líneas de acción^{1, 3}:



- El mejoramiento de los sistemas de vigilancia de Mortalidad Materna.
- El reforzamiento de las actividades de Planificación Familiar.
- El incremento de la cobertura de Atención Prenatal.
- La implantación o expansión de modelos suplementarios de atención materna, y
- El mejoramiento de la calidad de los servicios de atención del parto.

En este contexto cada Silais, cada centro de Salud, ha propuesto su plan para reducir la Mortalidad Materna, de acuerdo a la problemática de la localidad. Desde el año 2002 hasta el 2005; en el centro de salud Fidel Ventura del Municipio de Waslala, habían venido trabajando con los mismos objetivos; desarrollar acciones Interinstitucionales y multisectoriales; con la participación plena de la sociedad civil y la comunidad organizada, haciendo énfasis en la salud integral de la mujer, niñez y adolescencia, lo cual hasta entonces ha tenido pobre impacto, que se refleja en el alto porcentaje de Muertes Maternas en el municipio; que en los últimos 8 años han sido 32 casos.

En el 2006 se centralizaron los esfuerzos en elevar la baja cobertura en los indicadores maternos³.

La Mortalidad Materna por lo tanto, es un indicador del estado de salud de la mujer, y por extensión del desarrollo humano de un país; para alcanzar esta meta es imprescindible asegurar que toda madre tenga derecho a un parto en buenas condiciones; esto implica asegurar el derecho a la vida, que es un derecho humano.



ANTECEDENTES

Nicaragua fue uno de los primeros países en incorporar la reducción de la Mortalidad Materna como una de las prioridades del plan de salud desde el año 1988. En el contexto del plan se propuso que la meta específica de reducción de la Mortalidad Materna fuera de 30 % para el año 1995 y de 50 % para el año 2000³.

En 1996, de acuerdo al grado de avance en la reducción de la Mortalidad Materna y según las condiciones del país, se recomendó la modificación de las metas, de tal manera que para el grupo de países en el que se encuentra Nicaragua se propuso que la reducción fuera del 15 % para el año 2000³.

Dando respuesta a este compromiso el Ministerio de Salud ha venido realizando una serie de acciones tendientes a reducir las tasas de Mortalidad Materna, perinatal e infantil, mediante la elaboración del Plan de Reducción; como una prioridad que permite sistematizar todas las acciones que se han desarrollado en pro de la salud materna y perinatal, a través de estrategias integrales, con un enfoque multisectorial e interinstitucional, involucrando la participación de la sociedad civil organizada¹.

Estadísticamente se observan pocos cambios en el número anual de muertes maternas, alrededor del 99 % de estas muertes ocurren en países en desarrollo, donde 1 de cada 50 mujeres mueren por complicaciones relacionadas al embarazo, parto y puerperio, en comparación con 1 de cada 3,000 mujeres en países desarrollados¹.

La experiencia Internacional señala que los progresos en la reducción de la Mortalidad Materna en la región de las América y el Caribe, han sido muy limitado, lo que se refleja en la baja prioridad política otorgada a la salud de la mujer en el contexto de los problemas de salud que enfrentan los países.



En muchos casos, si bien los gobiernos otorgan prioridad, carecen de un enfoque estratégico que se concentre en la obtención de impactos específicos y resultados tangibles, por lo que se diluyen los esfuerzos y se aceptan las muertes maternas como hechos inevitables^{4, 13}.

La tasa de Mortalidad Materna reportada para 1998, fue de 106 x 100,000 nacidos vivos; para 1999, fue de 118 x 100,000 nacidos vivos registrados (nvr)^{1,3,6}.

Los Silais con mayores tasas de Mortalidad Materna en 1999 fueron: Río San Juan (306), RAAN (292), Jinotega (253), Matagalpa (208), Chontales (178), que ubican a estos Silais con tasas muy altas; sin embargo existen municipios cuyas tasas son más elevadas consideradas como las más altas en América Latina^{7, 8}.

En diversos Hospitales se han realizados estudios sobre Mortalidad Materna, en los cuales se especifican características de las fallecidas. Por ejemplo: Silais León, durante 1983 – 1992, el 11.4 % fueron menores de 21 años y 34.2 % mayores de 35 años; el 74.2 % habían tenido 3 ó más partos. Durante 1990 – 1997 en Estelí, el 20 % eran adolescente, mayor del 56.7 % tenían entre 21 – 35 años; el 30 % de las defunciones ocurrieron el domicilio; el 43.4 % en el Hospital; las causas de muertes fueron: maternas 80 %, lesiones 16.7 % e incidentales 3.3 %; la tasa de mortalidad fue de 71.8 por 100,000 nacidos vivos.^{9, 10, 11}

En Chinandega durante 1992 – 1996, la tasa de mortalidad fue de 97 por 100,000 nacidos vivos; el 76.7 % fueron institucionales y 23.3 % no institucionales; el 21.9 % eran adolescente, solamente se registraron causas maternas 85 % y 15 % fueron directas e indirectas respectivamente. En Matagalpa 1992 – 1999 la tasa de Mortalidad Materna fue de 249 por 100,000 nacidos vivos; el grupo de mayor muerte estaba entre los 20 – 34 años; el mayor número era multíparas; 80 % no se realizó Control Prenatal (CPN),



Waslala presento la mayor tasa de MM con 976.7 por 100,000 nacidos vivos, cuyas causa era las hemorragias, con un 83.8 % de partos domiciliarios¹².

La Mortalidad Materna se considera un fenómeno Multicausal y Multifactorial. En el año 2000, se registro una tasa de 91 por 100,000 nacidos vivos, en su mayoría fueron por causas obstétricas(79%), estas causas continúan siendo las mismas señaladas durante los últimos años en Nicaragua, entre ellas se mencionan Hemorragias, Síndrome Hipertensivo Gestacional, Sepsis y Aborto^{1,2,3}.

Entre los factores presentes en los casos reportados el 52% de las mujeres no habían recibidos controles prenatales, el 29% de las fallecidas eran adolescentes, 32% de las madres tenían más de 4 hijos, el 62 % fueron partos atendidos en el domicilio, y el 29% de estos atendidos por parteras^{2,3}.

Los Silais que reportaron el mayor número de casos de muerte materna en Nicaragua son: Matagalpa, Chontales, RAAN, RAAS, Jinotega y Río San Juan, quienes aportaron el 73 % de las muertes ocurridas a nivel nacional en el año 2001³.

Dentro de las causas de muerte maternas observamos un comportamiento similar al de los últimos años, predominando las causa obstétricas directas (65%). Las hemorragias ocupan el primer lugar (58%), por hipotonía uterina y/o retención placentaria. En segundo lugar, el Síndrome Hipertensivo Gestacional (26%), seguido de la Sépsis (13%) y las complicaciones del Aborto (3%)^{4,6}.

Es importante señalar que las causas reportadas en el país son similares a las reportadas a nivel de América Latina, donde la Mortalidad Materna es uno de los principales problemas de salud⁴.



PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cómo se valora el desarrollo del Plan de Reducción de Mortalidad Materna en el Centro de Salud Fidel Ventura del Municipio de Waslala, en el período del 2002 al 2006?



JUSTIFICACIÓN

Las tasas de Mortalidad Materna – Infantil, constituyen uno de los principales problemas de salud pública, razón por la cual la evaluación del plan para reducir las muertes maternas en el municipio de Waslala, permitirá la introducción de medidas correctoras que se ajusten a la localización geográfica, idiosincrasia y pobreza de la zona; de tal manera que se posibilite una mejor ejecución y mejores resultados, manteniendo la tendencia hacia la reducción de la mortalidad y mejora de la capacidad de respuesta de los servicios de salud del municipio.



OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

- Evaluar el Plan de reducción de la Mortalidad Materna desarrollado por el centro de Salud Fidel Ventura del municipio de Waslala, en el período del 2002 al 2006.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Analizar los resultados conseguidos para reducir la Mortalidad Materna en el municipio de Waslala en el período de estudio.
- Analizar el cumplimiento de las actividades planificadas para reducir la Mortalidad Materna en el municipio de Waslala, en el período del 2002 al 2006



MARCO TEÓRICO

¿QUÉ ES UNA MUERTE MATERNA^{1, 3, 4,12?}

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define la muerte materna como la muerte de una mujer mientras está embarazada o en los 42 días siguientes al término de éste por cualquier causa relacionada con el embarazo, agravada por el mismo o por su atención.

Se dividen en tres grupos:

- ◆ Defunción por causa Obstétricas Directa: Resultado de complicaciones del embarazo, el parto o su asistencia.
- ◆ Defunción por causa Obstétricas Indirectas: Causadas por enfermedades ya existentes agravadas por el embarazo y/o parto.
- ◆ Defunción fortuita: Sin relación al embarazo.

La Mortalidad Materna constituye un problema de salud pública, siendo prioridad número uno en el plan estratégico de los Ministerios de salud.

Por tal razón el Ministerio de salud de Nicaragua ha fortalecido las capacitaciones y actualizado a los recursos de salud que atienden a las mujeres durante su periodo prenatal, parto y puerperio con el objetivo de brindar una atención de calidad.

¿QUÉ SE SABE ACERCA DE LA REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD MATERNA EN EL MUNDO^{1, 3, 4,12?}

Las reducciones de la mortalidad materna se produjeron en Suecia durante el siglo XIX, por ejemplo, como resultado de una política nacional que promovía la asistencia de parteras profesionales en todos los nacimientos unida al establecimiento de normas relativas a la calidad de la asistencia.



A comienzo del siglo XX la Mortalidad Materna en Suecia era la más reducida de Europa, con una cifra de aproximadamente 230 por 100000 nacidos vivos en comparación con más de 500 por 100000 nacidos vivos a mediados de los años ochenta del siglo XX. En Dinamarca, el Japón, Noruega y los países bajo unas estrategias análogas produjeron resultados comparables.

En Gales y en Inglaterra no se pusieron de manifiesto reducciones importantes de la Mortalidad Materna, hasta los años treinta del presente siglo; en el plano nacional, la adhesión política a la estrategia se logró lentamente y la introducción de parteras profesionales fue aplazada de la misma manera. En cada caso, sin embargo, el elemento esencial de las mejoras era la institución de una asistencia a la maternidad plenamente profesional.

En los Estados Unidos de América, donde la estrategia se concentró en el parto hospitalario asistido por médicos, la Mortalidad Materna siguió siendo elevada debido a que resultó difícil establecer unos marcos y unos mecanismos reguladores para garantizar la calidad de la asistencia.

Se dispone de datos similares sobre la eficacia de las intervenciones de atención sanitaria en China, Cuba y Malasia. Estos países crearon unos sistemas de atención de la salud materna basados en la comunidad que abarcaban los cuidados prenatales, durante el parto y puerperales y un sistema de remisión de casos a un nivel superior de cuidados de producirse complicaciones obstétricas.

Estos ejemplos demuestran claramente que la riqueza económica global de un país no es en sí el determinante más importante de la Mortalidad Materna. Por lo tanto la Organización Mundial de la Salud (OMS), ha determinado los componentes claves de los Cuidados Obstétricos Esenciales (COE).



Prestar COE, tanto básicos como integrales, es fundamental para mejorar la salud materna. Los centros de COE básicos deben ser accesibles a todas las mujeres, incluyen maternidades con asistencias calificadas, los suministros necesarios y la capacidad de transportar rápidamente a una mujer, a un centro de COE integrales, en caso necesario. Los componentes claves de un centro de COE son:

- Tratamiento médico de las complicaciones relacionadas con el embarazo, el parto o el aborto (hemorragia, septicemia, complicaciones del aborto, eclampsia).
- Procedimientos manuales (extracción de la placenta retenida, episiorrafía, reparo de desgarro).
- Vigilar la dilatación cervical (incluido cartógrafo).
- Atención neonatal básica.

Los COE integrales, incluyen todos los servicios de COE básicos, más las intervenciones quirúrgicas, la anestesia y la transfusión sanguínea; también brindan las intervenciones necesarias para los embarazos de alto riesgo y las complicaciones del parto. Sin embargo, debe recalarse que el adiestramiento de las parteras tradicionales, por si solo, a falta de un sistema eficaz de referencia de pacientes y del apoyo adecuado del personal capacitado, no es eficaz para reducir la mortalidad materna.

En ese sentido, las metas de una maternidad sin riesgo es proteger y promover los derechos reproductivos y los derechos humanos, reduciendo la carga mundial de enfermedad, discapacidad y muerte innecesaria que se asocia con el embarazo, el parto y el puerperio; mejorar las condiciones para que las mujeres tengan un parto sin riesgo y sano, y garantizar que todos los niños tengan las mismas posibilidades desde su comienzo en la vida. Los socios internacionales se han movilizado tras la iniciativa para una maternidad sin riesgo y están comprendidas en alcanzar la meta de la declaración de la cumbre del milenio; haber reducido para el año 2015, la mortalidad materna en tres cuartas partes respecto de sus tasas de 1990.



La promoción de la causa femenina, el empoderamiento de las mujeres, sus familias, sus comunidades y la educación son la estrategia clave para que aumente la demanda pública de atención de salud materna.

Los esfuerzos en pro del empoderamiento de las mujeres tienen finalidad aumentar sus recursos personales como el conocimiento, la capacidad cognitiva y la de optar por alternativas saludables. Estas capacidades pueden reforzarse y mejorarse mediante procesos educativos (educación básica y de adulto), y una mejor interacción y comunicación con un asesor capacitado. También se necesita el apoyo decidido del compañero y de la familia para crear un entorno más propicio para la mujer. Su pareja y su familia deben apoyar la llegada del bebe y los preparativos para situaciones de emergencia; también deben ser conciente de los signos de peligro que presentase durante el embarazo, el parto y el puerperio para poder tomar oportunamente las decisiones de buscar la atención apropiada.

Para lograr un entorno propicio para la maternidad sin riesgo son necesarias colaboración y coordinación y para ello es preciso fortalecer la capacidad nacional y local, y sobretodo el compromiso político a largo plazo.

Los costos son un factor importante en la decisión de utilizar los servicios. En algunos lugares, se ha comprobado que los nuevos modelos de financiamiento con diferentes formas de recuperación de costos para los servicios, constituyen un obstáculo para acudir a los servicios, especialmente entre las poblaciones más pobres.

La OMS y el Banco Mundial, han calculado que el conjunto de medidas ordinarias de salud de la madre y el recién nacido, costaría aproximadamente U\$ 2.60 por persona y por año en un país de bajos ingresos. Estos costos son principalmente los de los servicios de salud materna, pero incluye así mismo planificación familiar posparto y atención neonatal básica.



Los resultados están claros; las muertes maternas son evitables, se sabe que intervenciones son eficaces, y la inversión en maternidad sin riesgo reducirá la mortalidad materna e infantil. Para lograr la meta de reducir las tasas nacionales de MM por debajo de 100 por 100000 nacidos vivos, los países de América Latina y el Caribe, deben concentrarse en las siguientes áreas claves:

La prestación de servicios de salud materna eficaces, requiere mejor infraestructura para que sea posible; en los centros ya existentes ofrecer servicios obstétricos básicos de urgencia. En general, costos más bajos y la mayor sostenibilidad se alcanzan en los programas que recurren a las capacidades existentes. Hay que identificar los obstáculos para lograr el financiamiento más equitativo y sostenible de los servicios de salud materna, específicamente por lo que respecta a la reducción de la Mortalidad Materna.

La intervención más fundamental, por si sola, para la maternidad sin riesgo, es que cada parto sea atendido por personal de salud adiestrado al respecto, y que disponga de transporte en caso de urgencia. La asistencia calificada también puede verse más ampliamente, incluyendo en ella el contexto político y de políticas en el cual debe operar, y las influencias socioculturales.

Hay que tomar medidas para que los partos sean atendidos por personal adiestrado y en un entorno favorable, especialmente en regiones poco atendidas.

Se insta a los estados miembros a que reconozcan que la salud materna es de importancia fundamental para la salud pública general. Para mejorar es necesario:

- a) Incluir a las mujeres y a las comunidades en el diseño y evaluación de los servicios para que respondan a las necesidades locales.
- b) Comprometer a las comunidades en los esfuerzos para mejorar el acceso de las mujeres a una atención materna culturalmente aceptable.



c) Comprometer a las comunidades, a las familias y las mujeres para que tomen las medidas necesarias para una maternidad sin riesgo.

Las asociaciones que actúan en el ámbito del desarrollo, a todos los niveles, han de trabajar en pro de la elaboración y el mantenimiento de programas que reduzcan el número de mujeres que mueren de causas relacionadas con el embarazo. Los gobiernos locales y nacionales, los servicios de salud, las asociaciones profesionales, las organizaciones de mujeres y otras ONG deben participar y ser impulsados como socios claves en los esfuerzos por reducir la mortalidad materna.



SITUACIÓN DE LA MORTALIDAD MATERNA EN NICARAGUA^{1, 3, 5, 6, 7,14}:

La Morbi – Mortalidad Materna, es uno de los principales problemas de salud pública a resolver, sin embargo la Reducción y Control no se da únicamente en garantizar la atención, se debe garantizar la calidad de los servicios de salud materna y tomar en cuenta el escenario cultural y socio económico. Deberán incluir factores que contribuyan al fortalecimiento del sistema en los diferentes niveles de atención, haciendo posible una atención más humana y de mejor calidad.

Durante los últimos cinco años la tasa de MM refleja una tendencia hacia el aumento; reconociendo la existencia de un sub registro del Sistema Nacional de Vigilancia de Mortalidad Materna y del Sistema Nacional de Estadísticas Vitales.

Para 1993 las estadísticas Vitales del MINSA reportó una tasas de 98 por 100,000 nacidos vivos registrados (n.v.r), posterior a la implantación del Sistema de Vigilancia de la Mortalidad Materna en el país se incrementó el registro y en 1998 registró un ascenso al 106/1000 n.v.r No obstante proyecciones de la situación suponen que la tasa real podría estar alrededor de 200 por 100,000 n.v.r Para 1999 se reportaron 175 muertes maternas y el 83% de ellas se debieron a causas relacionadas directas e indirectas a complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio.

El grupo etáreo más frecuente de las muertes maternas registradas durante los últimos cinco años no ha variado. Para 1998 estos casos oscilaban entre los 20 – 35 años (periodo óptimo para la vida reproductiva y social de la mujer), no obstante la frecuencia de casos en los grupos de adolescentes y mayores de 35 años ha aumentado. Según la clasificación de las causas de Mortalidad Materna, para 1998 el 78.6 % fueron causas Obstétricas, estas causas fueron las hemorragias por retención placentaria, eclampsia, infecciones causadas por restos placentario post parto, el aborto y la rotura uterina.



Por otro lado las causas de muerte no Obstétricas durante este período casi alcanzan tres veces la incidencia reportada en el 1993 de 8 % a 21 % en 1998.

El Sistema de Vigilancia registra que durante el período puerperal ocurren con mayor frecuencia las muertes maternas. En el último año se registro que el 47% de las muertes ocurrieron en este periodo, asociado a la principal causa de muerte inmediata; hemorragias post parto. Las muertes durante el embarazo y el parto se registran en menor frecuencia. Para valorar este indicador intervienen otros factores como: La accesibilidad a los servicios de salud, (geográficos, económicos, culturales y humanos) siendo en las zonas rurales más grave esta situación, otros factores como calidad de atención del personal de salud y la disponibilidad de insumos médicos y no médicos en las unidades de salud.

Según los registros de 1998, el 63 % de las muertes, sus partos fueron atendidos en el domicilio, situación agravante para la mujer y el recién nacido de alto riesgo obstétricos.

Por otro lado, los recursos que atendieron el parto de los casos reportados en un 54 % fue personal no calificado (parteras 29 %, familiares 23 %, ella misma 2 %), y recursos capacitados el 35 % (médicos especialistas 25 %, generales 9 % y enfermeras 1 %). La tendencia en los últimos 5 años reflejan que ha aumentado la atención del parto por especialistas, ha disminuido por las parteras; sin embargo ha aumentado la frecuencia de partos atendidos por los familiares.

Lo anterior se asocia a que la mayoría de las muertes ocurren a nivel domiciliar (43.6 %), lo cual resulta de la frecuencia de atención de partos en el domicilio. Los últimos años evidencian que la ocurrencia de muertes a nivel domiciliar tiene una tendencia al ascenso, marcada en el año de 1998 debido al Huracán Mitch que limitó el acceso a los servicios de salud.



En la Mortalidad Materna resaltan factores de riesgo en común tales como: edades extremas para la producción 39 %, multiparidad 32 %, parto atendido en el domicilio 62 %, atendida por partera 29 %, operación cesárea en el 17 %, retención de placenta 31 % y sangrado vaginal fuera de lo normal 40 %. El 49 % de estas muertes no recibieron control prenatal, mismo comportamiento desde hace 5 años atrás.

Una de las principales estrategias en la reducción del riesgo reproductivo ha sido la promoción de la Planificación Familiar como parte del esfuerzo para mejorar la supervivencia materna e infantil, mediante prevención de embarazos no deseados, embarazos tempranos, tardíos o muy seguidos lograr procrear hijos en el momento más favorable, con el espaciamiento necesario y el número adecuado en relación a las posibilidades de la pareja.

En 1998 el 70.4 % de muertes maternas no tuvo acceso a los servicios de Planificación Familiar, índice que ha aumentado desde 1991. No obstante desde 1997, el acceso a los servicios de Planificación Familiar aumentó en relación a 3 años atrás.

Dado el papel que juega la mujer no solo en sus familias sino en su comunidad, esas muertes se hacen sentir con consecuencias ominosas sobre toda la sociedad. Su importancia, por lo tanto, va más allá de su magnitud numérica.



MEDIDAS A FAVOR DE UNA MATERNIDAD SIN RIESGO^{4, 13,15}

Los países varían enormemente en lo que respecta a las situaciones y dificultades y a su capacidad para afrontarlas. No obstante, la experiencia de todo el mundo en los últimos diez años ha demostrado que varias características son comunes a los intentos de hacer frente a la mortalidad materna que han dado resultado. La reducción de la Mortalidad Materna exige unos esfuerzos coordinados y persistentes. Se requieren de medidas en el marco de las familias y las comunidades, en la sociedad en conjunto, en los sistemas sanitarios y en el plano de la legislación y la política nacionales. Por otro lado, las relaciones recíprocas entre las intervenciones en estas esferas son esenciales para reducir la Mortalidad Materna y crear y respaldar un impulso que promueva el cambio.

Medidas legislativas y de política general:

El compromiso político a largo plazo es un requisito previo fundamental. Cuando los órganos superiores de decisión están decididos a hacer frente a la Mortalidad Materna, se movilizarán los recursos necesarios y se adoptarán las decisiones políticas imprescindibles. Sin este nivel de compromiso durante un largo período, los proyectos no se pueden transformar en programas y las actividades no se pueden sostener.

Un entorno social, económico y legislativo estimulante permite a las mujeres superar los diversos obstáculos que limitan su acceso a la asistencia sanitaria, como la distancia desde sus hogares a centros de salud adecuados, la falta de medios de transporte y, lo que es más esencial, las barreras financieras y sociales. La atención de salud de la madre adecuada es limitada cuando las mujeres tienen que pagar los servicios y los medicamentos esenciales y cuando deben soportar costos ocultos sustanciales como la pérdida de tiempo para las tareas domésticas, el empleo remunerado, la producción de alimentos y el cuidado de los niños.



Debe formularse una legislación que respalde el acceso de las mujeres a la asistencia sanitaria para que el personal sanitario de la periferia del sistema de salud pueda desempeñar funciones concretas que salvan vidas. De lo contrario, sólo profesionales sanitarios altamente calificados, que desempeñan su actividad en gran parte en centros urbanos, pueden proporcionar esa asistencia, y sólo mujeres con dinero suficiente y los medios para llegar a esos centros pueden beneficiarse de esa asistencia.

Con esos objetivos, es necesario examinar meticulosamente las leyes y políticas nacionales, en particular en las esferas siguientes:

- **Planificación Familiar.** Las políticas deben velar porque todas las parejas e individuos tengan acceso a una información sobre Planificación de la Familia de buena calidad, voluntaria, orientada hacia los clientes y confidencial y a servicios que ofrezcan una amplia variedad de métodos anticonceptivos eficaces. Las políticas deben tomar en consideración los factores reguladores, sociales, económicos y culturales que limitan el control de las mujeres sobre la sexualidad y la reproducción, para que los embarazos que son prematuros, tardíos o demasiado frecuentes puedan evitarse.

- **Adolescentes y Niños.** Las políticas generales y los programas deben estimular el matrimonio y la procreación más tardía y una expansión de las posibilidades económicas y educativas a favor de las mujeres. Las políticas generales deben dar también a los adolescente la posibilidad de asumir la responsabilidad de su salud sexual y reproductiva y de protegerla, y facilitar su acceso a información y servicios sanitarios. Todos los niños, antes de llegar a la edad en que son sexualmente activos, deben tener conocimiento de los riesgos de las relaciones sexuales sin protección y recibir ayuda para que adquieran los conocimientos necesarios para protegerse de la coacción sexual.



- **Obstáculos al Acceso.** La asignación de personal sanitario capacitado en partería a centros de salud de aldea puede contribuir a superar los problemas de distancia y el transporte. El personal sanitario debe estar también capacitado para tratar con amabilidad a las pacientes. Las políticas generales deben respaldar la prestación de servicios a un costo mínimo; al mismo tiempo, el personal de salud debe tener seguridad en el empleo, ser remunerado de manera adecuada y recibir suministros suficientes para realizar su trabajo.
- **Regulación de la Práctica.** Es preciso elaborar protocolos y leyes encaminados a proporcionar una asistencia materna de rutina y servicios de remisión de casos con complicaciones obstétricas a cada nivel del sistema de salud. Conviene determinar para todo el país las responsabilidades a cada nivel en lo que respecta a supervisión, despliegue de personal sanitario, remuneración y procedimientos de presentación de informes. La elaboración y promoción de planes de estudio y de capacitación son importantes, dado que representan el marco de las normas nacionales que regulan la selección de las personas que siguen una instrucción, los instructores y los supervisores.
- **Delegación de Autoridad:** Los servicios deben descentralizarse para que se disponga de instalaciones que estén lo más cerca que sea posible de los hogares de la población. En todas las instalaciones de salud, particularmente en las zonas remotas y rurales, se debe disponer de suministros, equipo y personal capacitado suficientes, así como de normas generales y protocolos escritos para orientar la prestación de servicios y facilitar la delegación de determinadas funciones en el personal de niveles inferiores.
- **Aborto:** La existencia de servicios para el tratamiento de las complicaciones del aborto y de asistencia con posterioridad al aborto debe estar garantizada por una legislación adecuada.



Las intervenciones de la sociedad y la comunidad

El apoyo de las familias y las comunidades es fundamental para reducir la Mortalidad Materna.

El compromiso a largo plazo de los políticos, los planificadores y los decidores de llevar acabo programas para promover la maternidad sin riesgo depende del apoyo popular. Se deben crear comités nacionales, regionales y de distrito en pro de la maternidad sin riesgo, en la forma que proceda y donde resulten más eficaces. Se pueden establecer servicios y comités comunitarios de salud para investigar las defunciones maternas y contribuir a determinar y aplicar estrategias para introducir mejoras en esferas como la remisión de casos, el transporte de urgencia, el despliegue y el apoyo de proveedores de atención sanitaria y la distribución de costos. Los comités locales tienen también una función esencial que desempeñar en los programas de seguimiento y evaluación, mediante el descubrimiento de las deficiencias y la adopción de las medidas adecuadas.

“Las mujeres necesitan apoyo para obtener el acceso a una asistencia esencial”.

Es particularmente fundamental despertar la conciencia de la necesidad de que las mujeres tengan acceso a una asistencia de urgencia sin demora, si surgen complicaciones durante el embarazo. Como muchas mujeres dan a luz solas o con algún pariente, se debe enseñar a los miembros de la comunidad a reconocer los indicios de peligro y a elaborar planes para emergencias, con inclusión del transporte a los hospitales o a los centros de salud, y a los fondos de seguros locales a que contribuyan a cubrir los gastos de la atención sanitaria. Se pueden organizar comunicaciones (radios, teléfonos y medios de transporte para situaciones de emergencia), con el apoyo financiero de las comunidades.



Cabe distribuir botiquines para partos baratos y sencillos a mujeres embarazadas, para partos que se producen en el hogar o en instalaciones de atención primaria de salud; esos botiquines ayudarán a que los partos se realicen en condiciones de limpieza y que se eviten por lo menos algunas defunciones relacionadas a infecciones.

“La capacitación de parteras tradicionales por sí sola, sin el apoyo de un sistema de remisión de casos que funcione y de personal sanitario profesionalmente calificado, no resulta eficaz para reducir la Mortalidad Materna”.

Sin embargo, no hay ninguna certidumbre de que esa capacitación por sí sola produzca reducciones de la Mortalidad Materna, pese a que las parteras tradicionales pueden proporcionar unos cuidados culturalmente adecuados en el entorno de la comunidad, establecer un vínculo de primera línea con el sistema institucionalizado de atención sanitaria y prestar algunos servicios como la distribución de suplementos nutricionales.

Actividades del Sector Salud:

La función del sector salud en la reducción de la Mortalidad Materna estriba en garantizar las posibilidades de obtener servicios esenciales de buena calidad a todas las mujeres durante el embarazo y el parto. Con un mínimo de asistencia adecuada, la mayor parte de las mujeres contemplarán sus embarazos sin complicaciones evitables, que algunas veces amenazan sus vidas y a menudo tienen consecuencias duraderas. Cada vez se entiende mejor que, si bien es posible evitar determinadas complicaciones del embarazo, una gran proporción de las que surgen, particularmente en torno al momento del parto, no se pueden evitar ni prevenir. Obviamente, la presencia de parteras calificadas es fundamental para la detección temprana y el tratamiento oportuno y adecuado de esas complicaciones.



Las defunciones maternas se pueden evitar recurriendo a alguno de los tres mecanismos siguientes: Prevención de embarazo, prevención de las complicaciones durante el embarazo y tratamiento adecuado de cualquier complicación que se produzca. Los servicios esenciales relacionados con el embarazo y el parto se concentran principalmente en estas tres esferas y el sector de atención sanitaria debe velar, en consecuencia, porque existan y funcionen con eficacia los servicios siguientes:

- **Información y servicios de Planificación Familiar centrada en el cliente**, que ofrezcan a las mujeres, los hombres y las adolescentes opciones que satisfagan sus necesidades.
- **Asesoramiento sobre métodos anticonceptivos para las mujeres que han tenido un aborto**; prestación de asistencia adecuada a las mujeres que han experimentado complicaciones relacionadas con un aborto y, cuando el aborto no está prohibido por la ley, servicios seguros para poner fin al embarazo.
- **Atención Básica Prenatal y Puerperal**; que se concentre más en la detección y el tratamiento de complicaciones que en planes para evaluar los riesgos que no descubren a muchas mujeres que tienen complicaciones. Conviene prever el lugar de nacimiento y aumentar al máximo las posibilidades de que éste presente una partera competente. Se deben aprovechar todas las posibilidades de que éste presente una partera competente. Se deben aprovechar todas las posibilidades de instruir a las mujeres y a sus familias acerca de cuándo y dónde han de solicitar asistencia. Es preciso insistir más en los cuidados en los días que siguen al nacimiento, período delicado pero poco atendido; la asistencia puerperal debe abarcar la prevención o detección temprana de complicaciones maternas o del recién nacido, así como asesoramiento sobre métodos anticonceptivos para posibilitar la recuperación materna adecuada antes del embarazo siguiente.



- **Una partera competente**, es decir, una persona con conocimiento en obstetricia, debe asistir a cada parto. Esto requiere una planificación a largo plazo del desarrollo de los recursos humanos.

Las técnicas de partería incluyen la capacidad para iniciar el tratamiento de las complicaciones y las situaciones de Emergencia Obstétrica, con inclusión de medidas para salvar la vida cuando sea necesario.

- **Servicios de tocología de buena calidad en los centros de envío de casos en relación con complicaciones.** Como el 15 % de todos los partos se complican con una situación potencialmente fatal, se debe disponer de servicios de urgencia, entre ellos de instalaciones para la transfusión de sangre y una sección encargada de las cesáreas.

¿Qué es una partera calificada?

La expresión “partera competente” se refiere exclusivamente a personas con conocimiento de partería, que han adquirido competencia en las técnicas necesarias para ocuparse de partos normales y diagnosticar complicaciones obstétricas o proceder al envío de pacientes en esos casos.

Lo ideal es que las parteras calificadas vivan en la comunidad en la que prestan servicios y formen parte de ella. Deben poder atender partos normales, reconocer la aparición de complicaciones, realizar intervenciones esenciales, iniciar el tratamiento y supervisar el envío de las madres y los niños a centros donde se efectuarán intervenciones que quedan fuera de su competencia o que no son posibles en el entorno particular. Según el entorno, otros dispensadores de asistencia sanitaria, como las enfermeras auxiliares/parteras, las parteras comunitarias, las parteras de aldeas y los visitantes sanitarios, pueden haber adquirido también conocimiento adecuados si han recibido una formación especializada.



Estas personas frecuentemente constituyen la columna vertebral de los servicios de maternidad en la periferia y los desenlaces del embarazo y el parto pueden mejorar recurriendo a sus servicios, especialmente si son supervisadas por parteras adecuadamente calificadas.

En los países desarrollados y en muchas zonas urbanas de los países en desarrollo la asistencia calificada en el parto se suele proporcionar en una instalación sanitaria. Sin embargo, el parto puede tener lugar en un conjunto de sitios adecuados, desde el hogar hasta un centro de envío terciario, en función de las disponibilidades y necesidades, y la OMS no recomienda ningún entorno particular. El parto en el hogar puede resultar adecuado para un parto normal, a condición de que la persona que asiste al parto esté adecuadamente capacitada y equipada y que exista la posibilidad de proceder al envío a un nivel superior de asistencia.

ESTRATEGIAS NACIONALES PARA REDUCIR LA MORTALIDAD MATERNA^{1, 3, 4, 7,8}

El plan Nacional pretende contribuir a la disminución de la Mortalidad Materna, mediante estrategias viables y factibles de desarrollar a nivel Nacional y local que comprometan e involucren a las instituciones Organismos Gubernamentales, No Gubernamentales y las diferentes instancias de la sociedad civil en el desarrollo de acciones dirigidas a mejorar las condiciones de salud de las mujeres.

PRESTACION DE SERVICIOS

El modelo de atención establecido ofrece servicios de atención integral a la mujer, niñez y adolescencia, la reorganización de estos servicios de acuerdo al territorio en los diferentes niveles de atención servirá para conjugar en forma eficiente la necesidad de asegurar un máximo de cobertura con la mayor capacidad resolutiva y con buena calidad.



En el primer nivel de atención la función principal será la de mejorar la cobertura de los servicios y responder la demanda, brindando atención de calidad y calidez humana, garantizando al personal capacitado, recursos y tecnologías adecuada y fundamentalmente la resolución de los casos de acuerdo al enfoque de riesgo y nivel de resolución.

A la vez se deberá fortalecer la atención del embarazo, parto y puerperio de bajo riesgo en las unidades del primer nivel de atención y la referencia oportuna de las embarazadas de Alto Riesgo Obstétricos (ARO).

Para facilitar el reconocimiento de los signos de alarma durante el embarazo, parto y puerperio se debe fomentar y promover el auto cuidado de la salud para que les permita a la mujer y su familia, demandar tempranamente una atención oportuna.

Además se debe realizar un trabajo en conjunto con la comunidad y coordinarse con las organizaciones de base, a fin de estimular el trabajo a través de actitudes favorables para la salud.

Las acciones a desarrollar a este nivel pretenden entre otras cosas:

- Mejorar la calidad de atención prenatal y del parto, con enfoque de riesgo.
- Potencializar la participación de las parteras en la captación temprana (durante la primera mitad del embarazo) de las mujeres embarazadas y su referencia a las unidades de salud más cercanas.
- Organizar un censo de mujeres en edad fértil, embarazadas y del recién nacidos a nivel comunitario así como un mapeo de la población de alto riesgo, entre otras.

En el segundo nivel de atención se deberá orientar al conjunto de acciones de promoción, prevención, asistencia, recuperación y rehabilitación de la salud con enfoque integral, con el objetivo de enfrentar los problemas de salud que por su complejidad demanden recursos de mayor calificación.



En cada nivel, se deberá garantizar que los insumos básicos y los medicamentos, no constituyan una limitante para la atención adecuada y oportuna de la embarazada, la parturienta, la puérpera, el recién nacido o infante, particularmente en situaciones de emergencias.

Una iniciativa que permitirá mejorar el acceso de los proveedores de zonas rurales dispersas, será la instalación de Hogares Maternos y el fortalecimiento de los existente en este momento, los cuales están concebidos como “casas de espera”, que contribuirán a proporcionar atención oportuna a las mujeres embarazadas de alto riesgo, provenientes de zonas alejadas. Estos hogares funcionarán cerca de establecimiento de salud que tenga cierta capacidad resolutive y serán implementados y sostenidos con recursos de los gobiernos locales y las organizaciones de la sociedad civil y comunitaria.

El desarrollo de las actividades será progresivo, de acuerdo a las prioridades locales y tipo de tareas a realizar. Si bien las unidades de intervención son Centros y Puesto de Salud, la unidad de planificación, monitoreo y evaluación será dependencia de SILAIS respectivo con apoyo del Nivel Central.

GESTION

La atención promoverá la gestión como instrumento para la organización en los aspectos normativos, ubicación del recurso humano, equipamiento e insumos, así como, los aspectos administrativos y de control en el funcionamiento de las unidades de salud de todos los niveles, garantizando la eficiencia y calidad de los servicios y haciendo funcional el sistema de referencia y contrarreferencia.



CALIDAD DE ATENCION

La atención obstétrica esencial es la respuesta que se requiere para salvar la vida de las mujeres embarazadas, paralelo a esto deben ser superadas otras barreras que incluyen obstáculos culturales, geográficos de tiempo y financieros.

La prevención de la atención del embarazo parto, y puerperio, se hará mediante la extensión de la cobertura y el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud integral a la mujer, niñez y adolescencia, teniendo como base la normativa técnica de atención del Ministerio de Salud en Nicaragua.

La responsabilidad de los servicios de salud para el manejo de los problemas de salud de la mujer, niñez y adolescencia, requiere del aumento de las coberturas y mejorar la calidad de atención que se brinda, interviniendo precozmente para evitar las complicaciones y las muertes.

COBERTURA DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Las bajas cobertura de Atención Prenatal, del parto institucional y del puerperio, ocasionan mayor número de muertes maternas, causadas por enfermedades Hipertensivas del embarazo, infecciones durante el embarazo y complicaciones durante el puerperio.

La cobertura insuficiente de la atención durante el embarazo se expresa no solo en la proporción de embarazadas, que reciben algún control, sino también el número de las consultas prenatales a las que tienen acceso.

Para ello se deberá orientar el trabajo comunitario, el trabajo de terreno, fortalecer la promoción de la salud, el monitoreo y la supervisión de las acciones de los servicios y fortalecer las oferta de los servicios.



RECURSOS

A. HUMANOS

Como parte de desarrollo de los servicios y mejoramiento de la calidad de atención esta contemplada la capacitación de los recursos humanos en salud, procurando evitar el individualismo de la atención y la responsabilidad única del médico, promoviendo la conformación de verdaderos equipos de trabajo, sobretodo en el nivel primario donde la Atención Integral a la Mujer es la base del cambio en la búsqueda de la disminución de la Morbilidad y Mortalidad en las mujeres en edad productiva.

El plan contempla contribuir con el desarrollo y mejoramiento de los servicios de calidad, proporcionando la organización de la asistencia técnica de excelencia con centros para docencia y asistencia en el campo de la salud sexual y reproductiva en cada territorio o silaís, fortaleciendo aun más los procesos de descentralización. Los centros de nivel secundario serán escenario de capacitaciones prácticas de los recursos humanos en acciones de salud reproductiva.

La capacidad en servicio será acorde con los nuevos conceptos de la salud reproductiva y orientada a la satisfacción de las necesidades sentidas por las mujeres y sobre todo para introducir elementos que aseguren una vida sexual y reproductiva libre de riesgos.

El personal del Ministerio de Salud, los Silaís, Hospitales y el resto de las Unidades de salud, conjuntamente con agentes comunitarios y la comunidad, deben analizar el problema y la causalidad de la Mortalidad Materna y Perinatal, promoviendo actividades que involucre a toda la comunidad.



B. EQUIPAMIENTO E INSUMOS

Es importante conocer los requerimientos mínimos necesarios de las Unidades de salud en los diferentes niveles de atención, con el propósito de establecer el peso de este componente en la causalidad de la muerte materna para mejorar la prestación de los servicios a diferentes niveles de atención.

Los servicios de salud para lograr el impacto deseado, deben tomar en cuenta los factores económicos, sociales, culturales y geográficos que limitan la accesibilidad de las usuarias a los servicios de salud; por lo tanto los servicios deberán ofrecer atención integral de calidad, vigilancia y asistencia adecuada del parto y puerperio; transformando la disponibilidad de los recursos, estrategias y métodos de trabajo, estimulando una relación estrecha con la población para reducir la incidencia de las complicaciones durante el embarazo, puerperio y la atención del recién nacido.

C. ASISTENCIA TECNICA

Por medio de la asistencia técnica que el Ministerio de Salud brinda a los niveles locales, comunidad, organización de base y otros, se permitirá mejorar la gestión y la capacidad para la aplicación de las normas, manejo de materiales educativos y de capacitación que permitan una oferta de servicios con calidad y calidez.

Se fortalecerá la capacidad de negociación de los niveles locales para articular y aprovechar los recursos disponibles para la atención integral a la mujer, niñez y adolescencia, bajo la premisa de responsabilidades compartida.



INFORMACION, EDUCACION Y COMUNICACIÓN (IEC)

Se deberán impulsar acciones de IEC encaminadas a informar a la población y prestadores de servicios en temas relacionados con la búsqueda de asistencia prenatal, atención del parto institucional y planificación familiar e identificación temprana del alto riesgo reproductivo.

El cambio de actitud en el personal de salud de los servicios de salud es fundamental en la búsqueda de la calidad de la atención, así como para mejorar la comunicación y las relaciones entre usuarios y los prestadores de servicios, de igual manera el mejoramiento de los conocimientos para las mujeres sobre salud sexual y reproductiva y de sus derechos a una atención de calidad, lo que favorecerá los esfuerzos de transformación de los servicios de salud.

MONITOREO, EVALUACION Y SUPERVISION

Es necesario que cada silais y sus niveles garanticen la ejecución de actividades relativas al monitoreo, evaluación y supervisión en las unidades bajo su dependencia, debiendo brindarles capacitación en servicio y asistencia técnica continua al personal de salud. Así mismo, es necesario desarrollar procesos de planificación y monitoreo en la comunidad a fin de reanalizar el comportamiento de la Mortalidad Materna y Perinatal y evaluar la ejecución de sus intervenciones.

Es indispensable disponer y utilizar estándares en todos los Silais para fortalecer el sistema de Monitoreo, supervisión y Evaluación de las actividades, a la vez se conformarán equipos integrales de monitoreo y supervisión capacitados con el fin de lograr el cumplimiento de los objetivos, actividades y metas propuestos en este plan.



ENFOQUE DE GÉNERO

Se fortalecerá la atención integral a la mujer, niñez y adolescencia para contribuir a mejorar su estado de salud, apoyando la igualdad de derechos y relaciones equitativas en la atención de la salud entre ambos sexos, promocionando en las mujeres la autoestima y el autocuidado de la salud, de acuerdo a cada contexto cultural, respetando la autodeterminación de individuos y grupos sociales del país.

En la perspectiva de la equidad de género, el mayor esfuerzo será incorporar aspectos educativos a la práctica diaria de los servicios de salud, para disminuir las barreras que limitan el acceso de la mujer a una atención de calidad y con calidez.

El plan deberá organizar las actividades con equidad de género, el cual se refiere al conjunto de características socialmente construidas que definen y relacionan los ámbitos del ser y del quehacer femenino y masculino dentro de contextos específicos.

COORDINACIÓN INTERINSTITUCIONAL, INTERSECTORIAL, INTERAGENCIAL Y PARTICIPACION SOCIAL

El Ministerio de Salud requiere la sinergia con otras instituciones del estado que actúan en el área de la salud sexual y reproductiva, para aunar esfuerzos y lograr mejorar las condiciones de salud y las condiciones de vida de las mujeres y los niños.

Los Organismos Gubernamentales y No Gubernamentales, serán instancias claves con los cuales se comparte una filosofía en el accionar para proporcionar servicios de calidad y promoción de los servicios de salud y prevención de los riesgos en la población vulnerable, lo que contribuye a la reducción de la Mortalidad Materna y Perinatal.



Dentro del plan nacional de Reducción de la Mortalidad Materna y Perinatal, el Ministerio de Salud debe garantizar la disponibilidad de insumos y equipos necesarios para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y recién nacido, con el apoyo financiero de programas, proyectos y organismo Nacionales e Internacionales existentes en el país.

PARTICIPACIÓN SOCIAL

Esta es una estrategia fundamental para consolidar el plan, las acciones de parte de la sociedad civil y los grupos de mujeres organizadas contribuirán a las acciones operativas en diferentes campos del desarrollo integral de la mujer.

El trabajo de la promoción de salud estará orientado al autocuidado de la salud, conocimiento de los derechos de la atención de calidad, derechos sobre la decisión al ejercicio de su sexualidad y la salud reproductiva.

La participación de la comunidad exige una colaboración activa para la identificación del riesgo reproductivo y obstétrico, lo que permitirá establecer sitios centinelas para la vigilancia del riesgo de la Morbi - Mortalidad Materna en las áreas rurales y urbanas.

PLANIFICACION FAMILIAR Y EDUCACION SEXUAL

El derecho a la Planificación Familiar, debe implicar como mínimo.

- a) El acceso a la información sobre los riesgos y beneficios de cada método;
- b) Acceso real a la gama existentes de métodos anticonceptivos y ,
- c) Acceso al control y seguimiento recomendado para el uso de método anticonceptivos seleccionados.



La consejería y ayuda en planificación familiar, que se le brinde a una pareja, a una mujer o a un hombre, permitiendo el espaciamiento del intervalo intergenésico, ofertando servicios y métodos de planificación familiar, busca prevenir la muerte materna de dos formas; primero, reduciendo el número de mujeres expuestas al riesgo de muerte materna; y segundo, reduciendo el número de embarazos no deseados.

El análisis realizado para la implementación de enfoques estratégicos, ha permitido estudiar la problemática de las mujeres y de las comunidades, para mejorar el acceso a las unidades de salud. Por ello actualmente se plantean protocolos de atención de las Emergencias Obstétricas, las que se implementan para alcanzar una maternidad segura; facilitando la difusión de los protocolos para la unificación de criterios, la implementación de medidas organizativas y utilización del Modelo de las “Tres Demoras”.

Los investigadores de la Mortalidad Materna que trabajan en Hospitales han lamentado durante mucho tiempo la demora de la paciente en acudir a los servicios médicos. Sin embargo culpar a la paciente por la demora sería simplista. El análisis de la ruta que han seguido las fallecidas ha permitido elaborar un enfoque sencillo de abordaje en donde la demora tiene tres fase: Demora fase I: La decisión de la mujer o la familia de buscar atención. Demora fase II: Para llegar al establecimiento de salud adecuado y Demora de fase III: Recibir atención adecuada.

Demora 1: Tomar la decisión de buscar ayuda.

Los factores que influyen en la decisión de buscar atención suelen ser aquellos que se presentan como barrera para la utilización de los servicios de salud. Los principales factores:



1. **La Distancia:** Muchas personas no toman la decisión de buscar atención médica, ya que largas distancias, asociados a falta de transporte y caminos en mal estado, las desmotivan.

2. **El Costo:** Este factor se relaciona a los gastos de transporte, de algunos medicamentos o exámenes de laboratorio, de la estancia de los familiares, etc. Que a veces están fuera del alcance de la familia e impide la búsqueda oportuna de la atención.

3. **La Calidad de la Atención.** Este se relaciona con la percepción y el grado de confiabilidad que tenga la comunidad y la familia de los servicios de salud, muchas experiencias negativas dificultan o impiden una decisión oportuna de búsqueda de la atención.

4. **Los Factores Relacionados con la Enfermedad:** (involucra tres elementos)

- Reconocimiento: Saber que la mujer esta enferma.
- Gravedad: Comprender que además de estar enferma está grave.
- Etiología: Confundir la causa de la enfermedad y minimizarla.

En algunas comunidades parece influir el reconocimiento de los síntomas y la determinación de que estos son lo suficientemente graves como para justificar la búsqueda de atención.

En otros casos, principalmente en comunidades alejadas, persiste la creencia de que la enfermedad (etiología) es atribuible a factores médico, (conjuros o maleficios) por lo que acuden a curanderos, brujos, retrasando la búsqueda de atención adecuada.



5. Condición de la Mujer: Abarca su situación educacional, cultural, económica, jurídica y política en una sociedad determinada. Por ejemplo, en algunos lugares la toma de decisión de buscar ayuda no depende de la mujer, sino de su conyugue o miembros de la familia con más autoridad.

6. Situación Económica: Las mujeres con menos posibilidad económica son las que presentan mayores dificultades para la toma de decisión de buscar atención calificada, por la suma de múltiples factores.

7. Nivel de Educación: Las mujeres con bajo nivel de educación, principalmente las analfabetas, tiene mayor dificultad para tomar la decisión de buscar ayuda adecuada, por las dificultades que ellas tienen para recibir y analizar la información de prevención disponible.

Demora 2: Traslado hasta el Establecimiento Médico:

Determina el tiempo que se tarda en llegar a un establecimiento una vez tomada la decisión de buscar atención.

1. La ubicación de los establecimientos de salud.
2. La distancia que hay que recorrer como consecuencia de esta distribución.
3. Medios de transporte necesarios para recorrerlas.

Estos factores se combinan con los factores de la fase I y de fase II, presentándose situaciones en las distancias que provocan la muerte asociadas a una búsqueda de atención tardía. Así como también, la distancia hacia la unidad de salud en la que el servicio no está preparado para estabilizar a la paciente, provoca también la muerte.



Demora 3: Tratamiento Adecuado:

Muchas mujeres fallecen a pesar de haber superado los problemas vinculados con las dos primera demoras (tomar la decisión de buscar ayuda y llegar hasta la instalación médica). Los cuidados obstétricos que requiere una mujer al momento de ser atendida depende de un buen número de factores, entre estos tenemos:

- El número de personal capacitado.
- Actitud y aptitud del personal de salud.
- La disponibilidad de medicamentos y suministro.
- La condición general de la instalación.
- Sistema de referencia y contrarreferencia funcionando.
- Organización de los servicios de salud.

Una instalación puede tener todo su personal y suministro requerido, y aun así brindar un mal servicio.

Es importante recordar esto al evaluar el rendimiento. La satisfacción de los servicios no depende solamente de la capacidad de las personas que atienden, los equipos, de los suministros y demás asuntos materiales, sino también de la eficiencia del servicio y de la calidez del mismo, entendiendo este último como la calidad humana que esta inmersa en la atención y que garantiza que la usuaria se sienta atendida satisfactoriamente.



ESTRATEGIAS DEL CENTRO DE SALUD FIDEL VENTURA PARA REDUCIR LA MORTALIDAD MATERNA^{16 - 18}

2002 – 2005.

OBJETIVOS:

1. Fortalecer la capacidad resolutive de las unidades de salud.
2. Potenciar la estrategia de Información, educación y comunicación.
3. Promover acciones integrales de alimentación en el embarazo, puerperio y menor de un año.
4. Coordinación Interinstitucional y Multisectorial.

ACTIVIDADES:

1. Capacitación permanente continúa sobre normas y protocolos de atención materna infantil.
2. Plan de capacitación a personal comunitario y otros sectores en promoción de la maternidad segura.
3. Garantizar el paquete de servicio de Atención Materno Infantil en las unidades de salud del municipio de Waslala.
4. Mejorar la infraestructura de las unidades de salud y dotarlas de equipamientos e insumos para el manejo de las Emergencias Obstétricas y Perinatales.
5. Fortalecer el programa de Planificación Familiar.
6. Convenios de colaboración con Hospital César Amador Molina, para la atención de las Emergencias Obstétricas e Infantiles.
7. Fortalecer la estrategia de Atención Integral a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia, en los servicios de Atención Integral de la Niñez.
8. Fortalecer el programa de atención a la Adolescencia.
9. Fortalecimiento del sistema de monitoreo, supervisión y evaluación de los servicios de Atención Integral a la Mujer.
10. Salidas integrales a las comunidades de difícil acceso geográfico.



- 11.** Fortalecimiento del sistema de Vigilancia de la Mortalidad Materna.
- 12.** Fortalecimiento de la coordinación del segundo nivel de atención con el primer nivel de atención.
- 13.** Diagnóstico participativo de las comunidades con mayor incidencia de Mortalidad Materna.
- 14.** Realización de Jornadas de reflexión y sensibilización en el ámbito comunitario y puesto de salud.
- 15.** Fortalecer las actividades de Información, Educación y Comunicación, a nivel municipal.
- 16.** Difusión de mensajes sobre MM.
- 17.** Fortalecer la iniciativa de unidades amigas de la niñez y la madre.
- 18.** Promover la suplementación de sulfato ferroso mas acido fólico y vitamina "A" a las mujeres embarazadas y púerperas.
- 19.** Reunión de coordinación con todos los actores sociales para la conformación del comité municipal de salud.
- 20.** Análisis de los casos de Mortalidad Materna.
- 21.** Fortalecimiento de las redes comunitarias.
- 22.** Propiciar y coordinar acciones de promoción con las casas maternas.



2006

INDICADOR CRITICO.

I. Altas Tasas de Mortalidad Perinatal.

FACTORES DETERMINANTES	FACTORES RESTRICTIVOS
Deficiencia en la calidad del APN	Uso de prácticas inadecuadas en el manejo del recién nacido por las parteras y los familiares.
Deficiente abordaje de las complicaciones maternas.	-
Vigilancia inadecuada del trabajo de parto.	-
Poca referencia de la paciente ARO real.	-
No identificación de los signos de peligro y referencia oportuna en el recién nacido.	-



II. Baja Cobertura en los indicadores maternos: captación precoz, cobertura de APN, PF, PI, PAP, y PUERPERIO y altas tasas de mortalidad materna.

FACTORES DETERMINANTES	FACTORES RESTRICTIVOS
Llenado incompleto de las fichas SVMM, fichas de mortalidad materna y expediente clínico.	Falta de sensibilización de la red comunitaria y el personal asistencial sobre la importancia del control puerperal.
Pocas promociones del parto institucional.	Las prácticas de las parteras no adiestradas, inciden en el aumento de la mortalidad materna.
Debilidad en la tercera demora; debilidad en la calidad de atención en las unidades de salud.	Falta de enfoque sectorial acorde a los planes y políticas del MINSA.
Pobre seguimiento y evaluación del plan de reducción de Mortalidad Materna.	Falta de apoyo interinstitucional.
Oportunidades perdidas en la captación del control puerperal en las unidades de salud.	Nivel educativo de algunos actores sociales: red comunitaria.
Falta de Atención Médica en las unidades de salud por huelga en el sector salud.	Resistencia de las usuarias para asistir a las unidades de salud.
Insuficiente salidas integrales.	Factores estructurales, socioculturales.
Falta de priorización de programas en las salidas a terreno.	Polarización política del País.
Falta de utilización gerencial del censo de embarazadas.	Falta de interés del personal de salud en brindar conserjerías.
Insuficiente salidas a terreno.	Falta de apoyo interinstitucional.
Falta de Atención médicas en las unidades de salud.	
Insuficiente promoción para la planificación familiar y partos institucional por parte del personal de salud.	
Insuficiente promoción a la utilización de la casa materna.	



III. Deficiente monitoreo de los planes y programas del MINSA.

FACTORES DETERMINANTES	FACTORES RESTRICTIVOS
Atención irregular a la población.	Huelga del sector salud.
Falta de seguimiento y monitoreo al plan de Mortalidad Materna y Perinatal.	Mecanismo inadecuado de protesta.
Deficiencia en el sistema de referencia y contrarreferencia.	Desinformación de la población hacia la disponibilidad de los servicios de salud.
Rechazo a la población.	Poco apoyo por parte de los actores sociales en la realización de actividades programadas por el MINSA, durante el periodo de protesta.
Captación tardía de los casos.	
Clima organizacional inadecuado.	
Pocos Recursos Humanos en formación encontrada en los puestos de salud.	
Oportunidad pérdida en las brigadas médicas integrales.	

ACTIVIDADES A REALIZAR:

1. Sesiones de trabajo con los líderes comunitario para analizar y evaluar las acciones de promoción y el trabajo de la red comunitaria.
2. Monitoreo de las intervenciones de comunicación sobre señales de peligro durante embarazo y recién nacidos.
3. Análisis e implementación de ciclos de mejora del monitoreo mensual de los estándares de calidad materno y neonatales tanto en el Hospital y las unidades de salud del I nivel de atención.
4. Monitoreo del uso de cintas y guías de manejo de las Emergencias Obstétricas y Neonatales.
5. Implementación y monitoreo de la guía de lavado de manos, asepsia y desinfección en salas de Alto Riesgo y unidades de salud.



6. Garantizar el ácido fólico a las unidades de salud para que se aplique a toda mujer en edad fértil y en primer trimestre del embarazo de acuerdo a programación y sulfato ferrosos para las embarazadas y lactantes.
7. Monitoreo de expedientes clínicos para el abordaje de los casos de asfixia, sepsis, Síndrome Aspiración de Meconio, Síndrome de Distrés Respiratorio, y uso de la dexametazona en el Hospital.
8. Instalar la base de datos del Sistema de Vigilancia de la Mortalidad Materna, en los municipios y Hospital que facilite el análisis de información y toma de decisiones.
9. Fortalecimiento y coordinación con las casas maternas.
10. Pasantías maternas infantiles.
11. Realizar auditorías médicas inmediata al 100 % de las muertes maternas ocurridas en las unidades de salud y Hospital César Amador Molina.
12. Formación especializada del personal de enfermería en obstetricia.
13. Capacitación a facilitadores en emergencias obstétricas, uso de tarjeta de bolsillo del manejo de Emergencias Obstétricas.
14. Salidas Integrales dirigidas a las comunidades de difícil acceso.
15. Feria de salud comunitaria.
16. Dar a conocer al personal manual de salidas integrales.
17. Divulgar a través de espacios radiales la asistencia de las embarazadas a las unidades de salud.
18. Fortalecimiento a las casas maternas.
19. Reducción de oportunidades perdidas.
20. Dar seguimiento a la referencia comunitaria de las mujeres que desean planificar a las unidades de salud.
21. Abogacía con los actores sociales.
22. Adecuación cultural del parto Institucional, Implementar la estrategia de parto Psico- Profiláctico.
23. Fortalecer y ampliar la estrategia de plan de parto.
24. Seguimiento al ECMAC en las comunidades de difícil acceso ya existentes y promoción en nuevas comunidades.
25. Brigadas médicas integrales.



- 26.** Aprovechamiento de la jornada de salud, para captación de los programas.
- 27.** Salidas a terrenos en búsqueda de inasistente.
- 28.** Coordinación con la red comunitaria para realización de ferias de salud para mejorar la captación.
- 29.** Monitoreo y evaluación de los compromisos de gestión y de los acuerdos internos.
- 30.** Divulgación y promoción de los servicios que oferta el MINSA.
- 31.** Aplicación de los estándares de calidad.



MIDIENDO LA MORTALIDAD MATERNA

El MINSA y el Gobierno de Nicaragua consideran, muy acertadamente, que la mortalidad materna es uno de los principales problemas de salud del país. Lo anterior es un motivo válido para revisar la forma de medir dicho problema. Otro es que la forma misma de medirlo puede influir sobre el grado de importancia que se le otorgue e, incluso, sobre las estrategias que se consideren para reducirlo.

En Nicaragua, hemos venido haciendo esta medición fundamentalmente mediante la razón entre el número de defunciones maternas y el número de nacidos vivos. Se le llama a este indicador “Tasa de Mortalidad Materna” (TMM), aunque usaremos la denominación que aparece en documentos del Banco Mundial: **“Coeficiente de Mortalidad Materna” (CMM)**. La cifra representa una aproximación a la probabilidad que tienen las mujeres de morir durante un embarazo (o en los eventos que le siguen: el parto y el puerperio). Este indicador merece algunas observaciones: a) La única forma de que la cifra resultante de este indicador se reduzca es a través de mejorar la cobertura y calidad en la atención del embarazo, parto y puerperio. b) Se debe de ser cuidadoso en su interpretación cuando se refiere a poblaciones con un número de nacimientos relativamente bajo, digamos menos de 10,000. En estos casos, el azar juega un papel grande. Por ejemplo, en un territorio donde nacen 500 niños en un año, el hecho de que en doce meses no ocurra ninguna muerte materna no debiera tomarse nunca como que el problema es inexistente o ínfimo. c) siendo el indicador más usado, es fácil conseguir tanto datos internacionales como los correspondientes a cada SILAIS del país.

Otro indicador lo constituye el **Riesgo de Muerte Materna durante la Vida Reproductiva (RMMVR)**.



Se basa en el hecho de que la probabilidad que tienen las mujeres de morir por embarazo, parto o puerperio es proporcional al número de sus embarazos, de igual manera que una persona aumenta sus probabilidades de sacarse la lotería en la medida en que compre más números diferentes. En consecuencia, lo calculamos multiplicando el riesgo que tienen las mujeres de morir en un embarazo por el número de embarazos que tienen las mujeres en la población examinada. Este último dato lo podemos estimar multiplicando la Tasa Global de Fecundidad, que representa el promedio de hijos que tendrían las mujeres en una determinada población, por 1.2, que es la razón entre número de embarazos y número de nacidos vivos (o sea, 120 embarazos por cada 100 nacidos vivos). En resumen: **RMMVR = CMM * TGF * 1.2** (Nota: La fórmula antes señalada da el mismo resultado que la usada en documentos del Banco Mundial: $RMMVR = 1 - (1 - CMM)^{TGF * 1.2}$). En el caso del riesgo de muerte materna durante la vida reproductiva, existen dos formas de reducirlo: a) Disminuyendo el CMM, a través de mejorar la cobertura y calidad de la atención del embarazo, parto y puerperio, y b) Reduciendo la TGF, mediante una disminución en el número de embarazos.

Aunque los datos de RMMVR aparecen publicados con menor frecuencia que los correspondientes al CMM (o "TMM"), generalmente se consiguen con facilidad los datos que se necesitan para su cálculo: CMM y TGF (Este último dato, referido a cada SILAIS del país, aparece en ENDESA 2001).

Un tercer indicador es el cociente entre las muertes maternas en un año y las mujeres en edad fértil (MEF). En documentos del Banco Mundial se le llama **Tasa de mortalidad materna (TMM)**. Expresa la probabilidad que tienen las mujeres en edad fértil de morir por causa materna en un año. Depende de la probabilidad de embarazarse en ese año, y de la probabilidad de morir si salen embarazadas (CMM). Es fácil de calcular y puede utilizarse para la comparación entre SILAIS. Para comparaciones internacionales tienen el inconveniente de que el dato del número de mujeres en edad fértil no siempre está a mano.



INDICADORES PARA LA VIGILANCIA DE LA MORTALIDAD MATERNA^{7,8}

Los indicadores son herramientas para realizar evaluación, se identifican los siguientes:

- Indicadores Básicos: Dirigidos a monitorear el comportamiento de la muertes maternas.
- Indicadores generales: Dirigidos a evaluar la prestación de servicios de salud; están dirigidos al nivel conocimiento, actitud y prácticas de población respecto a la salud de la mujer.

Principales Indicadores Básicos:

1. TMM (Tasa de Mortalidad Materna): Igual al número de defunciones obstétricas directas e indirecta, entre el número de nacimientos vivos registrados por 100,000.
2. MMG (Muerte Materna por área Geográfica): Son las muertes maternas ocurridas en un área geográfica y tiempo determinado. Es igual al número de MM ocurridas en área Geográfica dividida entre el total de MM ocurridas en el municipio, departamento o país.
3. MME (Muerte Materna según Edad): Es el número de MM ocurridas por grupo etáreo con respecto al total de muertes ocurridas en un tiempo y lugar determinado por 100.
4. MMP (Muerte Maternas según números de Partos): Es el número de defunciones según rango de paridad, respecto al total de muertes ocurridas en un tiempo y lugar determinada por 100.
5. MMCB (Muerte Materna según Causa Básica): Es la relación de MM ocurridos por causa básica de muerte con respecto al total de muertes ocurridas en tiempo y lugar determinado por 100.
6. MMMM (Muerte Materna según Momento de Muerte): Son las MM ocurridas durante el embarazo, parto y puerperio con respecto al total de muertes ocurridas en un lugar y tiempo definido por 100.



7. MMCPN (Muertes Maternas según acción del Control Prenatal): Es la relación entre la MM que acudieron a los servicios de salud identificadas a través del CPN, respecto el total de MM ocurridos en tiempo y lugar definido por 100.
8. MMNE (Muertes Maternas según Nivel de Escolaridad): Es el número de MM según nivel de escolaridad de las fallecidas, ocurridas en territorio y tiempo determinado por 100.
9. MMEC (Muertes Maternas según Estado Civil): Es el número de MM según estado civil de las fallecidas ocurridas en un tiempo y lugar determinado por 100.

De igual manera se puede ir calculando indicador básico de las fallecidas, tomando en cuenta las variables a estudiar.

Algunos Indicadores Generales de Importancia:

1. COBERTURA DE APN: Número de APN en un período sobre embarazos esperados en ese período por 100.
2. CAPTACIÓN PRECOZ: Número de APN en el primer trimestre sobre el número de APN por 100.
3. CUARTO CONTROL: Número de cuarto APN sobre el número de APN por 100.
4. COBERTURA DE PARTO: Número de partos atendidos sobre número de partos en el año por 100.
5. COBERTURA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR: Número de captación en planificación familiar sobre el número de mujeres en edades fértiles en un período por 100.



MATERIAL Y MÉTODO

TIPO DE ESTUDIO:

Se realizó una “**Evaluación de Servicios de Salud**”, mediante:

1. Revisión documental, lo cual permitió conocer estadísticas del problema estudiado, estrategias internacionales, nacionales y locales, planes de mejora a la situación y evaluaciones efectuadas.
2. Entrevistas a profundidad a informantes claves, donde se profundizó sobre el conocimiento de las acciones desarrolladas, así como los resultados de las mismas.

AREA DE ESTUDIO:

Fue el municipio de Waslala; que cuenta con una población estimada de 53,230 habitantes, distribuida en 88 comunidades, 20 comarcas y 10 barrios. Geográficamente pertenece a la Región Autónoma Atlántico Norte (RAAN), el Sector Salud depende administrativamente del Silais Matagalpa, cuenta con un total de seis unidades de salud, dentro de ellas se encuentra un Centro de Salud Tipo A y Cinco Puestos de Salud Tipo A ubicados en las localidades de El Naranjo, Puerto Viejo, Zinica , Kubaly y Kaskita.

LIMITES:

- Al Norte : Municipio de Siuna
- Al Sur : Municipio de Río Blanco y Rancho Grande
- El Este : Municipio de Siuna
- Al Oeste : Municipio de Rancho Grande y Cúa Bocay



INSTRUMENTO:

Para las entrevistas a profundidad con los participantes claves se elaboró una guía estructurada que permitió cubrir los tópicos de los contenidos investigados. El autor realizó las entrevistas a los siguientes personajes:

- Responsables de Atención Integral a la Mujer Niñez y Adolescencia del municipio y del Silais Matagalpa.
- Director municipal.
- Responsable del programa integral en salud, Waslala.
- Personal de CARE.
- Responsable de casa materna municipal y de Matagalpa.

De la revisión documental, se obtuvieron los siguientes datos:

- Muertes maternas Obstétricas, para cada año.
- Nacidos vivos en cada año.
- Tasa Global de Fecundidad (datos para la RAAN, por no existir datos específicos para el municipio).
- Distribución de las muertes maternas, según características de las mujeres: edad, paridad, escolaridad, estado civil, etc.
- Distribución de las muertes maternas según causa.

Se utilizó los indicadores de mortalidad materna:

- Coeficiente de mortalidad materna.
- Tasa de mortalidad materna.
- Riesgo de muerte materna durante la vida reproductiva.

PROCEDIMIENTO DE RECOLECCION DE LA INFORMACION Y FUENTE:

1. Revisión documental (fuente secundaria).
2. Entrevista a profundidad con informantes claves (fuente primaria).



En la recolección de los datos se llevaron a cabo tres procesos:

- **Proceso exploratorio:** Se informó al entrevistado el interés y utilidad de la entrevista, dando a conocer los objetivos y las condiciones de desarrollo, así como el lugar y hora de su celebración.
- **Proceso técnico de recolección de la información:** Preguntas abiertas, preguntas cerradas y revisión documental.
- **Proceso instrumental de registro y conservación de la información:** Registro de la información y toma de notas.

ANÁLISIS Y PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN:

El análisis de la información se inició con la recogida de los primeros datos, y continuó durante todo el proceso. Se analizaron los planes de reducción elaborados en el período de estudio, ayudando de esta manera a la interrelación de los datos y a determinar el alcance e implicación de los resultados obtenidos.

Cada entrevista a los informantes claves se analizó previa realización de la siguiente, de manera que permitió profundizar la información que fue surgiendo de los entrevistados.

El proceso general para el análisis de la información estuvo constituido por tres etapas:

- La organización y reducción de datos.
- Disposición y transformación de datos.
- Verificación de conclusiones.

El análisis de los datos cualitativos se realizó utilizando la técnica de Análisis de Contenido de tipo Conceptual. Se estableció la existencia de contenidos de interés para la investigación y de conceptos dentro de esos contenidos y su frecuencia de aparición.



Los datos cuantitativos se analizaron según los objetivos propuestos; se utilizó el programa EXCEL. Los datos se presentan en tablas, gráficos y/o esquemas.

ASPECTOS ÉTICOS:

A cada participante se le explicó los objetivos del estudio y se solicitó consentimiento informado. Se dio a conocer que la información solamente sería utilizada con fines de investigación.

Se realizó retroalimentación de los resultados de la investigación, dejando una sustentante a la unidad de salud y al Silais de Matagalpa, para que puedan ser utilizados por los responsables de programas y hacedores de políticas con el propósito de diseñar enfoques estratégicos que se concentren en obtener impactos específicos y resultados tangibles, para la reducción de la mortalidad materna en la zona.



RESULTADOS

A. Descripción de la mortalidad materna en Waslala.

Nivel de la mortalidad materna

Entre 2002 y 2006 ocurrieron 17 muertes maternas, lo que significa un promedio de 3.4 muertes por año. En ese mismo período, según registros del centro de salud, nacieron vivos 9,855 niños, lo que representa un promedio de 1,971 por año. En el anexo se presentan datos de nacimientos esperados y de mujeres en edad fértil, por si se desea hacer cálculos con estos datos.

En base a los datos anteriores, para el período de cinco años estudiado, se obtiene una tasa de mortalidad materna de 172 por 100,000 nacidos vivos, en base a nacimientos registrados.

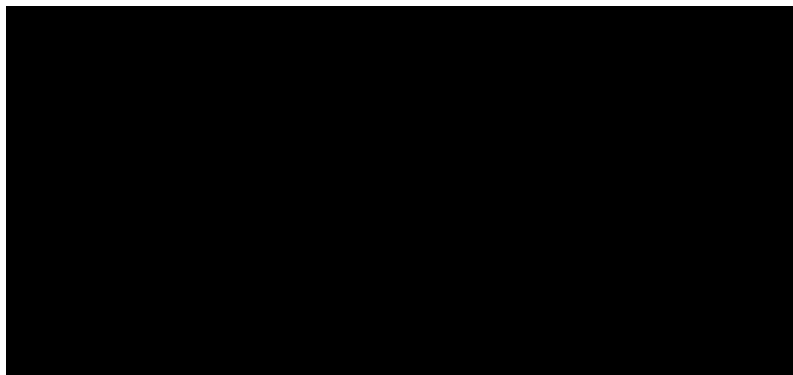
Considerando una tasa global de fecundidad de 5.2 hijos por mujer, estimada para la totalidad de la RAAN por ENDESA 2001, se obtiene un riesgo de muerte materna durante la vida reproductiva de 1 en 93.

Evolución de la mortalidad materna

La tendencia de la mortalidad materna no ha sido hacia el descenso. Ocurrió una elevación en el 2004, y otra más alta en el 2005; luego descendió a los valores observados al inicio del período estudiado (gráfico 1).



Gráfico 1: Tasas de Mortalidad Materna en Waslala, por año, entre 2002 y 2006.



Ver gráfico N0. 2 de anexo, para realizar comparación con las tasas del silais Matagalpa.

Distribución geográfica de las muertes maternas

Ninguna mujer de la cabecera municipal murió. La distribución de las mujeres fallecidas según comunidades rurales de residencia, era la siguiente:

- Kubaly (3).
- San Benito (1).
- Kusuli (1).
- San Pablo Ocote Tuma (1).
- Mancer (1).
- Las Delicias (1).
- Zapote Kum (1).
- San Antonio Yaro (1).
- San Miguel Dudú (1).
- Dipina (1).
- Naranjo (1).
- Papayo N0. 1 (1).
- La Limonera (1).
- Puente Labú (1).
- Finca el Porvenir (1).



Tipología de la mujer que falleció por causa materna.

Las mujeres que fallecieron por causas maternas en Waslala están inmersas en condiciones de pobreza, lo que se refleja en los siguientes parámetros:

- ◆ Casi la mitad eran analfabetas (47 %), solo un tercio curso la enseñanza primaria y apenas 6 % alcanzó la secundaria (ver gráfico N0. 1, anexo).
- ◆ La edad media de las fallecidas por causa materna fue de 27 años, cuya distribución por grupo es la siguiente: menor o igual a 19 años fueron 18 %, de 20 a 34 años fueron 76 % y 6% mayores o iguales a 35 años.
- ◆ La gran mayoría estaba casada legalmente (47.1 %), el 35.3 % registró la existencia de compañero fijo y solo el 17.6 % estaban solteras.
- ◆ La mayoría de las mujeres que fallecieron tenían más de un parto (82.4 %), y solo para el 17.6 %, era su primera gestación.
- ◆ Más del 50 % de las fallecidas no usaba método anticonceptivo (59 %).

Causas de las muertes.

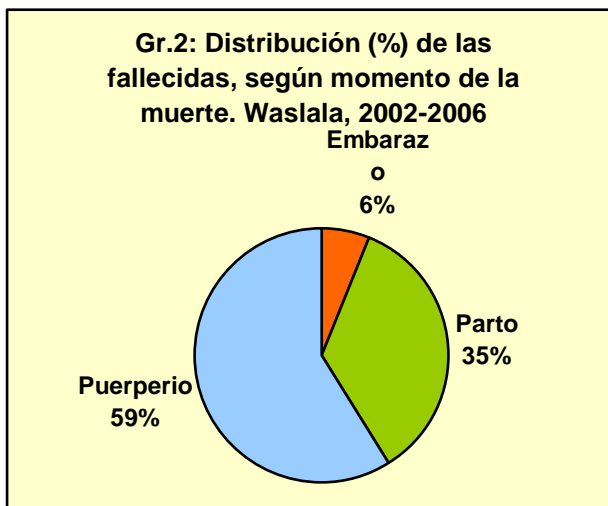
De las 17 muertes maternas, 16 fueron muertes obstétricas directas, y 1 fue indirecta (cuadro 1).

Causas	Número	%
Retención Placentaria	6	35
Eclampsia	2	12
Rotura Uterina	1	6
Endometritis	2	12
Atonía uterina	3	17
Infecciones Puerperales	1	6
Placenta previa	1	6
Absceso Cerebral	1	6



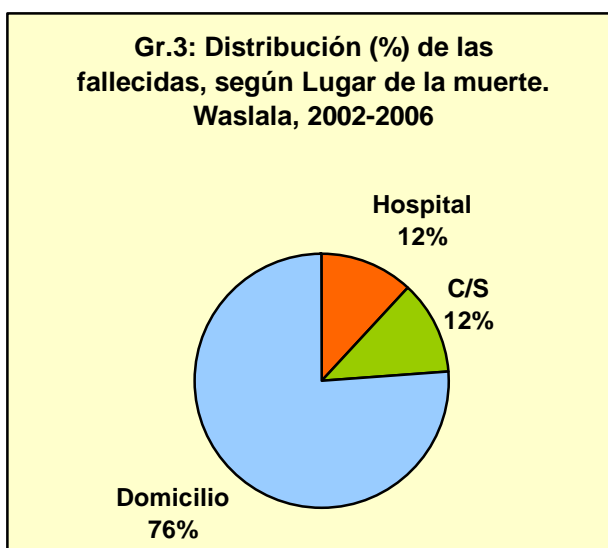
Momento de la muerte.

La mayoría de las muertes ocurrieron en el puerperio, como puede verse en el gráfico 2.



Lugar del fallecimiento.

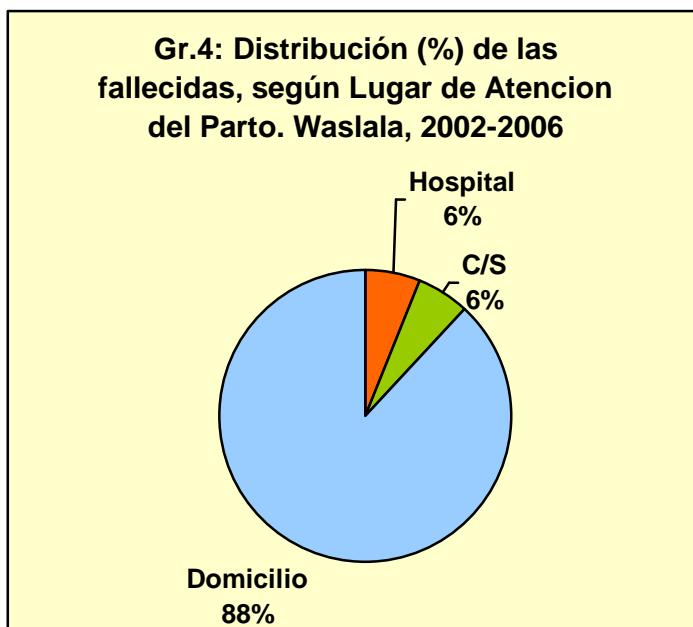
La mayoría de las muertes, aproximadamente 76 % ocurrieron en el domicilio. Gráfico 3.





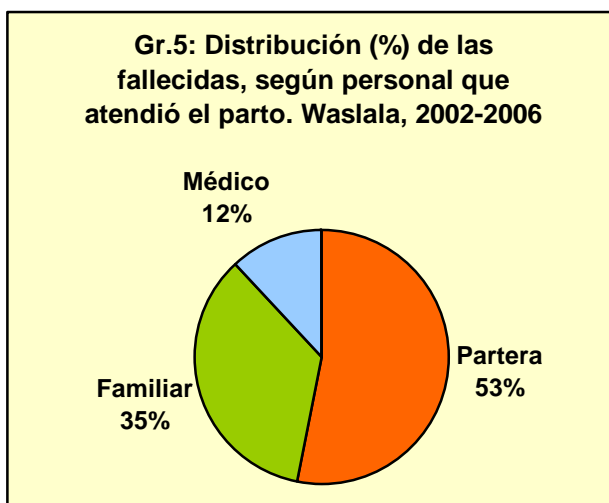
Lugar de atención del parto.

La proporción de partos atendidos en unidades de salud fue muy baja, la mayoría fueron atendidas en el domicilio. Ver gráfico 4.



Personal que atendió el Parto.

La mayoría de los partos fueron atendidos por personal no médico, sin ningún tipo de preparación como se observa en el gráfico 5.





Control Prenatal.

Más del 50 % de las fallecidas no habían recibido ninguna consulta prenatal, como se muestra en el gráfico 6.



B. Datos sobre recursos y actividades realizadas

Agentes comunitarios

- La distribución de los agentes comunitarios en el municipio de Waslala esta dada de acuerdo a las comunidades por puestos de salud y clínica del centro de salud (ver cuadro 2). Se han capacitado desde el 2002 hasta el 2006 161 líderes y 84 parteras, lo cual representa una cobertura del 91 % y 63 % respectivamente como se muestra en el cuadro 3.



Cuadro 2: DISTRIBUCIÓN DE AGENTES DE SALUD Y REDES COMUNITARIAS

UNIDADES DE SALUD	LIDERES	PARTERAS	SUB-TOTAL
CLINICA 1	18	8	26
CLINICA2	34	24	58
CLINICA3	23	5	28
NARANJO	20	12	32
PTO. VIEJO	19	8	27
ZINICA	25	11	36
KUBALY	11	12	23
KASKITA	11	4	15
TOTAL	161	84	245

Fuente: Estadísticas del C/S Fidel Ventura.

Cuadro 3: PORCENTAJE DE COBERTURA DE LOS LÍDERES

	AGENTES DE SALUD	CONSEJERAS MATERNAS	COBERTURA EN COMUNIDADES
TOTAL	161	84	110
% DE COBERTURA	91	63	91

Fuente: Estadísticas del C/S Fidel Ventura.

- Lo anterior ha permitido realizar salidas integrales dirigidas a las comunidades de difícil acceso, que corresponde a un 86 % del total de comunidades existentes.



Cuadro 4: PORCENTAJE DE ACCESIBILIDAD DE LAS COMUNIDADES PERTENECIENTES A LAS UNIDADES DE SALUD DEL CENTRO DE SALUD FIDEL VENTURA

CLINICAS	Nº. COMUNIDADES	Nº. DE SECTORES	COMUNIDADES CON DIFICIL ACCESO	PORCENTAJE DE COMUNIDADES INACCESIBLES
CLINICA1	11	2	9	81
CLINICA2	20	5	24	96
CLINICA3	13	2	11	73
TOTAL	44	9	44	83
NARANJO	8	4	10	83
PTO. VIEJO	11	4	13	86
ZINICA	12	2	13	86
KUBALY	9	3	11	91
KASKITA	2	2	3	75
TOTAL	42	15	50	87
PORCENTAJE GENERAL DE COMUNIDADES CON DIFICIL ACCESO				
Nº. COMUNIDADES			110	86 %
COMUNIDADES INACCESIBLES			94	

Fuente: Estadísticas del C/S Fidel Ventura.

- Por los líderes de salud se reporta un promedio de 70 % de referencias a unidades de salud de la municipalidad, y del centro de salud se reporta un 60 % de referencias a unidades de mayor resolución (Hospital Regional de Matagalpa).
- Las infraestructuras de las unidades de salud, han sido dotadas de insumos para la atención de las Emergencias Obstétricas y Perinatales, pero carecen de equipos e insumos para la atención del parto.



**Cuadro 5: COBERTURA ANUAL DE LOS INDICADORES MATERNOS.
WASLALA 2002 – 2006**

Indicador	Cobertura Anual
Cobertura de CPN	38.9 %
Captación Precoz	2.6 %
Cobertura de parto	5 %
Cobertura de Puerperio	10 %
Cobertura de Planificación Familiar	9.8 %

Nota: En anexo están detalles de los indicadores maternos, desde el 2002 hasta el 2006.



Monitoreo de los planes y programas.

- La base de datos del sistema de Vigilancia de la Mortalidad Materna, no se ha implementado en el municipio de Waslala, y en el silais Matagalpa no se llevan los registros.
- Se ha fortalecido la coordinación con las casas maternas municipal y de Matagalpa.
- En el período de estudio no se realizó auditoria al 100 % de las muertes ocurridas, según registro, hasta el 2006 se inicio este proceso, y solo se realizó una.
- Se han realizado al menos 10 ferias de salud anual.
- Los estándares de calidad en el período estudiado se han implementado en lo que respecta a ejecución y monitoreo, pero no en realizar ciclos de mejoras continuos.
- Existe pobre registro en el centro de salud Fidel Ventura en lo que respecta a evaluaciones de los planes de reducción de la Mortalidad Materna desde años previos al 2002 incluyéndole hasta el 2004.
- El personal de salud se encuentra distribuido de la siguiente manera:

**Cuadro 6: CANTIDAD Y DISTRIBUCIÓN DEL PERSONAL DE SALUD**

PERFIL DEL PERSONAL	CANTIDAD	DISTRIBUCION	OBSERVACIONES
Aux. Enfermería	21	Centro y Puestos de Salud	7 Recursos en Puestos de Salud
Enfermera Prof.	1	Centro de Salud	
Enfermera en Servicio Social	5	Puestos de Salud	
Médicos Generales	5	Centro y Puestos de Salud	2 Recursos contratados con fondos externos
Médicos en Servicio Social	3	Centro de Salud	En este año contamos con 3 MSS Centro de salud.
Médicos especialistas	Ninguno	Centro de Salud	
Técnicos de Higiene del Medio	1	Centro de Salud	
Técnicos de ETVR.	3	Centro de Salud	
Laboratorista	2	Centro de Salud	
Despachador de Farmacia	2	Centro de Salud	
Aux. de Contabilidad	1	Centro de Salud	Contratado por PFR
Administrador	1	Centro de Salud	
Conserje	3	Centro de Salud	
Conductor	2	Centro de Salud	1 conductor PFR.
Personal de limpieza	9	Centro de Salud	
Promotor de Salud	1	Centro de Salud	Contratado por PFR



C. Apreciación de los expertos en lo que respecta al tema de la reducción de la Mortalidad Materna.

“Casi la mayoría de los entrevistados refieren que hay una disminución de las muertes maternas en el municipio, que se ha mejorado al comparar con diez años atrás, a pesar que en el 2005 hay un pico. Las principales causas por la cual se dio este ascenso es debido; inestabilidad de los recursos médicos, disminución de la participación de la red comunitaria, poca accesibilidad geográfica de las pacientes a las unidades de salud, asociado esto último al poco o ningún nivel de educación de estas personas”.

Por otra parte las estrategias que se han implementado, *“no han sido tan productivas, las ferias de salud dan más resultados que las salidas integrales”*, además que la manera en que se encuentran organizadas las unidades de salud no es la mejor, *“algunos puestos de salud no están ubicados donde hay mayor concentración de pacientes”*, lo cual no permite mayor incidencia; sin embargo no solo la falta de buena ubicación de los puestos es indispensable para lograr un impacto, *“es preciso mayor conciencia y mejor actitud por el personal asistencial”*. Por lo tanto los resultados que hasta fecha se han obtenido no son los más satisfactorio, pero han sido positivo al comparar en el tiempo.

Se considera que es necesario dar seguimiento al foro llevado acabo en el 2006 sobre la Mortalidad Materna, donde el compromiso asumido por los actores sociales (Las Iglesias, el MINED, la Alcaldía, la Policía, otros Entes municipales), sea un esfuerzo sostenible, para ello hay que tomar en cuenta que; *“el personal asistencial con que cuenta el municipio de Waslala no es suficiente a pesar que el indicador de recurso a nivel nacional, reporte la existencia de un médico por 5000 habitantes, lo cual no es valido para un centro de salud tipo A, donde la mayoría de los recursos médicos asistenciales son contratados y/o servicios sociales, asociado esto a personal con poco nivel científico”*.



“Por otra parte actividades como parto Psico – Profiláctico, auditorias médicas de las muertes ocurridas, salidas a terrenos en busca de pacientes inasistentes han tenido pobre impacto debido a que no se presta la importancia que ello conlleva”. Se puede decir que a pesar de lo anterior hay acciones que han tenidos resultados positivos, como es el caso de capacitaciones a personal de salud y de la red comunitaria, fortalecimiento en lo que es la coordinación de casa materna, HRCAM y centro de salud de Waslala, divulgación de los servicios de salud que se brindan en las unidades de salud, entre otras.

“Las mujeres necesitan apoyo para obtener el acceso a una asistencia esencial, que requiere una atención de calidad, lo cual tiene que ver con actitudes y aptitudes del personal asistencial que no ha permitido dar a las mujeres la confianza para que sean atendidas en las unidades de salud; asociado esto a la barrera del analfabetismo, se agudiza cada vez más, y no se diga del machismo presente en la mayoría de los hombres de esta zona”, que dificulta la decisión de la mujer a buscar atención médica.



DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Las tasas de mortalidad materna que ha presentado el municipio de Waslala, al compararla en el período de estudio con las del silais Matagalpa son más elevadas, debido a los altos niveles de mortalidad reportada para Waslala en el 2004 y 2005.

Las características de las mujeres que fallecieron en el municipio de Waslala en el período 2002 – 2006, fueron: Mujeres multigesta (82.4 %), entre 20 – 34 años de edad (76 %), analfabetas (47 %), casada (47.1 %), del área rural (100 %), sin ningún CPN (65 %), con atención del parto en el domicilio (88 %), y por personal no adiestrado; parteras y familiares (88 %), ocurriendo la mayoría de las muertes en el puerperio, siendo las causas principales; retención placentaria y atonía uterina; además sin historia de planificación familiar en la mayoría de los casos (59 %).

Lo anterior refleja el poco acceso por parte de estas pacientes a los servicios de salud, lo que coincide con la apreciación de los expertos, asociado a la baja escolaridad en más del 45 % de las muertes maternas, constituyendo una limitante en la decisión de buscar ayuda; aún más cuando viven en condiciones socioeconómicas deficientes las mujeres son sumamente vulnerables a los riesgos para su salud, acompañado esto a los embarazos muy seguidos, lo que se refleja en la paridad de estas mujeres, donde la mayoría tenía más de un hijo, iniciando a temprana edad la procreación.

Uno de los motivos más importantes por lo que las mujeres tienen muchos hijos, no se relaciona con su propio prestigio, sino con la supervivencia; en estas familias, los hijos son una fuente de mano de obra, representan una ventaja en cuanto pueden comenzar a compartir una parte de la carga.



La cantidad de hijos que tiene una mujer se reduce a medida que aumenta su nivel de instrucción, en este caso el acceso a la información y un mayor conocimiento, tiene un efecto en las actitudes en el momento de tomar la decisión de buscar ayuda.

Por lo tanto, la educación ejerce su influencia indirectamente elevando la condición social y la imagen que la mujer tiene de si misma, aumentando sus oportunidades en la vida y también su capacidad para cambiar la situación existente, tomar decisiones por si misma y dar a conocer su opinión.

Una mujer sin educación, esta menos dispuesta a solicitar atención de salud profesional que su congénere instruida, está tiene la mente abierta a las ideas nuevas y a la posibilidad de un cambio.

Tal vez en estas mujeres que fallecieron las oportunidades para estudiar se vieron limitada por el factor de accesibilidad a centros escolares, donde solo imparten primaria, que no existen en muchas comunidades, que para llegar al más cercano se tiene que caminar de treinta minutos a más de una hora, lo cual hace que estas personas inicien su educación escolar a edades mayores, lo que se refleja, porque la mayoría eran analfabeta y con algún grado de escolaridad; además este factor se relaciona con el estado civil de estas pacientes, la mayoría casadas a edades temprana lo que puede demostrar la influencia familiar en la atención del parto domiciliar y que la mayoría de las muertes ocurridas fueron a edades de 20 – 34 años, período de riesgo mínimo de morir.

Estos datos no son contrarios a los reportes a nivel nacional donde en los últimos cinco años se reporta que las muertes maternas ocurren de 20 -35 años, con un 78.6 % de muertes obstétricas, ocurridas en el período puerperal, atendidas por personal no calificado 54 %, encontrando que en cada nivel los insumos básicos y médicos constituyen una limitante en zonas rurales.



Los lugares donde han ocurrido las muertes, es prácticamente el mismo durante los últimos años lo que puede ser interpretado como una seria limitación de la atención institucionalizada de salud, además un porcentaje mínimo recibió atención del personal de salud.

El objetivo básico de los servicios de salud es garantizar que la mujer que se encuentra en su fase reproductiva tenga las condiciones adecuadas para dar a luz recién nacidos/as sanos/as con el menor riesgo posible para la salud de la mujer y de su hijo/a. Para ello debe de realizarse un control prenatal periódico iniciado lo antes posible y un parto atendido por personal especializado.

Para que el control prenatal sea efectivo en la reducción de los indicadores de morbilidad debe tener alta cobertura, idealmente superior a 90 % y una concentración suficiente para detectar los factores de riesgo de mayor prevalencia e importancia biológica. Se ha señalado a nivel internacional que el control prenatal ideal es aquel que se inicia antes de la 12^a semana de gestación y consta de 12 parámetros. En este estudio se constato que más del 60 % no había recibido ninguna consulta. Se observa la dramática situación de abandono al que estuvieron expuestas estas mujeres desde el punto de vista de atención en salud.

Las visitas prenatales promueven la salud de la mujer y el niño que esta esperando, al respecto el hecho es que no hay manera de pronosticar cual será la mujer embarazada que padecerá enfermedad obstétrica; aunque es posible individualizar algún grupo de alto riesgo, incluso dentro de los mismo, no es posible detectar cual será la mujer individual que padecerá de complicaciones.

La cobertura del CPN, desde el 2002 hasta el 2006, ha sido limitada, lo cual también es debido al difícil acceso que tienen las pacientes. El MINSA ha venido mejorando la oferta de los Cuidados Obstétricos Esenciales; desafortunadamente hay poca mejoría en las infraestructuras, equipamientos en los puestos y centro de salud, lo que no permite el mejor funcionamiento.



Estos antecedentes deben llevar a reflexionar sobre si la utilización de parteras en la atención del parto debe ser una estrategia permanente, pero sin que ellas no deriven hacia la atención de personal capacitado, esto debido a que la mayoría de las muertes ocurrieron fuera de los centros Hospitalarios (76 %).

Estos resultados sugieren también que las tasas de mortalidad materna podrían ser reducidas significativamente si se aumentará la cobertura de los servicios de salud y la concentración de consultas durante el embarazo.

Si bien es cierto la capacidad resolutive de las unidades de salud del municipio en los últimos cinco años sean fortalecidos, también han existidos muchas dificultades y limitantes:

- ✓ Inestabilidad en el equipo de dirección, cambios de directores.
- ✓ Escasos recursos asistencial y especialista permanente en el municipio, lo cual se refleja en el número de mujeres embarazadas referida a unidades de mayor resolución, que en los últimos años anda en más del 60 % de las referencias municipales.
- ✓ Salidas integrales a las comunidades de difícil acceso, con obstáculos en recursos humanos e insumos médicos, lo que hace que el producto de ellas sea poco beneficioso para los objetivos propuestos.
- ✓ Pobre análisis de las muertes maternas ocurridas, ya que han sido analizadas por un grupo de personas y no el personal que va a dar respuesta a los resultados.
- ✓ Poca implementación del plan de parto en las comunidades de difícil acceso, debido a que hay inestabilidad de los recursos asistenciales, por ende se limita a la paciente haciendo más aguda la segunda demora de las pacientes a las unidades de salud.



De este modo la condición deficiente de la mujer se perpetua a si misma, por lo que es necesario una enorme voluntad política para romper el círculo vicioso; mientras el embarazo y parto seguirán cobrando innecesariamente muchas vidas, por lo tanto es absolutamente vital atender las causas que se esconden detrás de las causas en todo intento de luchar contra la mortalidad materna.

En cuanto al mejoramiento de la infraestructura y equipamiento, cabe mencionar que a pesar de los avances en muchas de los puestos de salud, no se cuenta todavía con las condiciones necesarias para la atención del parto, lo cual se debe no sólo a limitantes económicas, sino también a la falta de un monitoreo adecuado por parte del nivel central.

Por otra parte las casas maternas se han venido impulsando como parte integral del sistema de salud, como una forma de promover el parto institucional entre mujeres y habitantes en comunidades alejadas. Actualmente existe una conexión entre las unidades de salud de la localidad y casas maternas municipal y regional.

En las comunidades existen brigadas de transporte para trasladar a las mujeres, pero muchas de ellas se han desintegrado por la falta de sostenibilidad y supervisión de las unidades competentes, a esto se le agregan las limitaciones económicas, pobre conocimiento sobre señales de peligro y barreras culturales.

En general la mayoría de los expertos coinciden y valoran los resultados de las estrategias como positivos, a pesar que queda mucho por hacer.

El abordaje intersectorial de la Mortalidad Materna, a partir de sus múltiples factores determinantes, parecen no ser suficientemente claro.



Conviene analizar que las tres demoras son factores determinantes en los desenlaces de las mujeres gestantes, pero existe algo que dificulta y agudiza esta condición y es el analfabetismo, considerado por el autor como la peor de las demoras que dificulta que la paciente tome la decisión de buscar ayuda, y que las comunidades puedan comprender que las muertes maternas son evitables en la gran mayoría de los casos.

Aparte de las demoras; el dar a las pacientes y a las familias la capacidad de elegir si, cuando y con que frecuencia han de procrear, es un elemento fundamental de la maternidad sin riesgo. Cabe agregar que la entrega comunitaria de métodos anticonceptivos en comunidades de difícil acceso tiene una limitada cobertura.

Por otra parte la asignación de personal capacitado en atención del parto en puestos de salud del área rural puede contribuir a superar los problemas de la distancia y el transporte; a pesar que no se cuenten con las infraestructuras necesarias para la atención del parto, lo cual se debe no sólo a limitantes económicas, sino a la falta de monitoreo por parte del nivel central.

Por lo antes mencionado es preciso considerar que para reducir las muertes maternas es importante tomar en cuenta que no sólo son imprescindibles los aspectos económicos, educativos, geográficos, culturales y sociales que limitan la salud de las mujeres, es preciso también que exista voluntad política otorgada a la salud de la población, principalmente la de la gestante.



CONCLUSIONES

Posterior al análisis realizado de los resultados de los planes de reducción de la mortalidad materna y las estrategias llevadas a cabo en el municipio de Waslala, he llegado a las siguientes conclusiones:

- a) El plan para la reducción de la Mortalidad Materna en el municipio de Waslala desde el 2002 hasta el 2006, ha tenido resultados pocos halagadores y las actividades no se han cumplido totalmente.
- b) Hay un pobre compromiso de la sociedad o mejor dicho de los actores sociales, de garantizar un embarazo y parto sin riesgo, lo que se refleja en la disminución de la participación comunitaria y principalmente del Ministerio de Salud.
- c) El analfabetismo asociado a la pobreza, es un factor determinante que no ha permitido alcanzar una maternidad segura; ya que se convierte en la peor de las demoras que obstaculiza el acceso de los pacientes a los servicios de salud, lo cual es un reflejo de la baja prioridad política que se otorga a la salud de la mujer en el contexto de los problemas de salud que enfrenta el país.
- d) El tercer elemento a considerar es el insuficiente monitoreo y vigilancia de las acciones realizadas para reducir la mortalidad materna.



RECOMENDACIONES

- ◆ Mejorar la calidad de la atención en las unidades de salud, tanto en lo relativo a un buen cumplimiento de los protocolos de atención, como en la amabilidad del trato.
- ◆ Realizar evaluaciones periódicas o semestrales de los planes que se elaboren cada año para reducir la Mortalidad Materna con el fin de evaluar la funcionabilidad de las estrategias y ajustarlas de acuerdo a la localización geográfica, idiosincrasia y pobreza de la zona.
- ◆ Prestar servicios de Planificación Familiar que satisfagan las necesidades de los usuarios y no las metas de las unidades de salud.
- ◆ Educación Sanitaria: En el marco de la escuela y la comunidad, enfocando la importancia de la planificación familiar, el matrimonio y embarazo a edades adecuadas, modificando de esta manera las prácticas tradicionales; apoyando las positivas, respetando las indiferentes y reemplazando las negativas.
- ◆ Coordinar esfuerzos con el Ministerio de Educación, para facilitar temas de salud en las escuelas: Planificación Familiar, Riesgo de embarazos a edades tempranas, maternidad y paternidad responsables entre otros.
- ◆ Que las autoridades competentes realicen una revisión profunda sobre los resultados de estudio y de esa manera se mejore la capacidad de respuesta de las unidades de salud del municipio. De esta forma se disminuirían los sub registro existente y sería un avance en la búsqueda de soluciones específicas y realistas para evitar que fallezcan las mujeres del municipio de Waslala y Nicaragua.



REFERENCIAS

- 1) Nicaragua, Ministerio de Salud. Dirección de Servicios de Salud División de RRHH y Docencia. Modulo Maternidad Segura II: Guía del Facilitador. Managua: MINSALUD / PROSALUD, 2002. 113 p.:
- 2) Ministerio de Salud, Nicaragua. Protocolo para la Atención Obstétrica y Pediátrica Dirigido a personal médico. PMSS, Marzo.2001.
- 3) Nicaragua. Ministerio de salud. Plan de Reducción de la Mortalidad Materna, perinatal e Infantil, Managua, Agosto del 2003.
- 4) Ruiz Martínez, José Antonio. Análisis de la Mortalidad Materna en el Silais de Matagalpa Enero 1994 – Diciembre 1997, León, Nicaragua; UNAN. 1999.
- 5) Política Nacional de Salud 1997 – 2000. República de Nicaragua, Ministerio de salud. Julio 1997. 45
- 6) Nicaragua. Ministerio de Salud. Mortalidad Materna: Un análisis de las muertes ocurridas en Nicaragua en 1998/ Ministerio de Salud, col. Karla Aburto. Inf. Nubia Herrera Pérez; rev. Yaneth Chavarría. Managua, Nic. MINSALUD; UNICEF, 1999.
- 7) Sistema de Información y Vigilancia de la Mortalidad Materna. Ministerio de Salud de Nicaragua. OPS. 1995.
- 8) Nicaragua. Ministerio de Salud. Manual del Sistema de Vigilancia de Mortalidad Materna. MINSALUD, OPS, OMS. 1996.
- 9) Zeledón Úbeda, Os dalia Fair. Mortalidad Materna en el Departamento de Jinotega, Enero de 1992 – julio 1993. León, Nicaragua; UNAN, 1994.
- 10) Juárez Quintero, Jilma Rosa. Situación de la Mortalidad Materna registrada en el Silais Estelí, de Enero 1990 – Julio 1997, León, Nicaragua; UNAN, 1997
- 11) Juárez Ramírez, Manuela de los Ángeles. Mortalidad Materna en el Silais León 1992 – 1996, León, Nicaragua; UNAN, 1998.



- 12) Moncada Vásquez, Virgilio Antonio. Mortalidad Materna en el Silais de Chinandega 1992 – 1996/ León, Nicaragua, UNAN, 1997.
- 13) Organización Mundial de la Salud. Guía para el estudio de la Mortalidad Materna en países en desarrollo, tasas y causas/ Ginebra, OMS,. 1998.
- 14) Carvajal Delgado, patricia. Causas que inciden en la Mortalidad Materna en la región II desde Enero 1988 a Marzo 1990/ León, Nic. , UNAN, 1990.
- 15) Aristón, Erica. Prevención de la Mortalidad Materna, Ginebra; OMS, 1991 245 p. il.
- 16) Schwarcz, Ricardo L. Diverges, Carlos A. Díaz, A. Gonzalo, Fescina Ricardo H. Obstetricia. El ateneo. Argentina.
- 17) Quiroz Barrera, Aura Lila. Mortalidad Materna en el Silais de Matagalpa 1992 – 1993; León Nicaragua, UNAN: 1994.
- 18) Organización Mundial de la Salud: Reducción de la Mortalidad Materna. Declaración Conjunta OMS/ FNUAP/ UNICEF/ Banco Mundial. Ginebra, 199943 p. Il. ISBN 92.
- 19) Llancees Reyes, Mayra. Análisis de la Mortalidad Materna en el Hospital César Amador Molina. León, UNAN, 2000.



ANEXOS



FORMULARIO DE RECOLECCION DE LA INFORMACION.

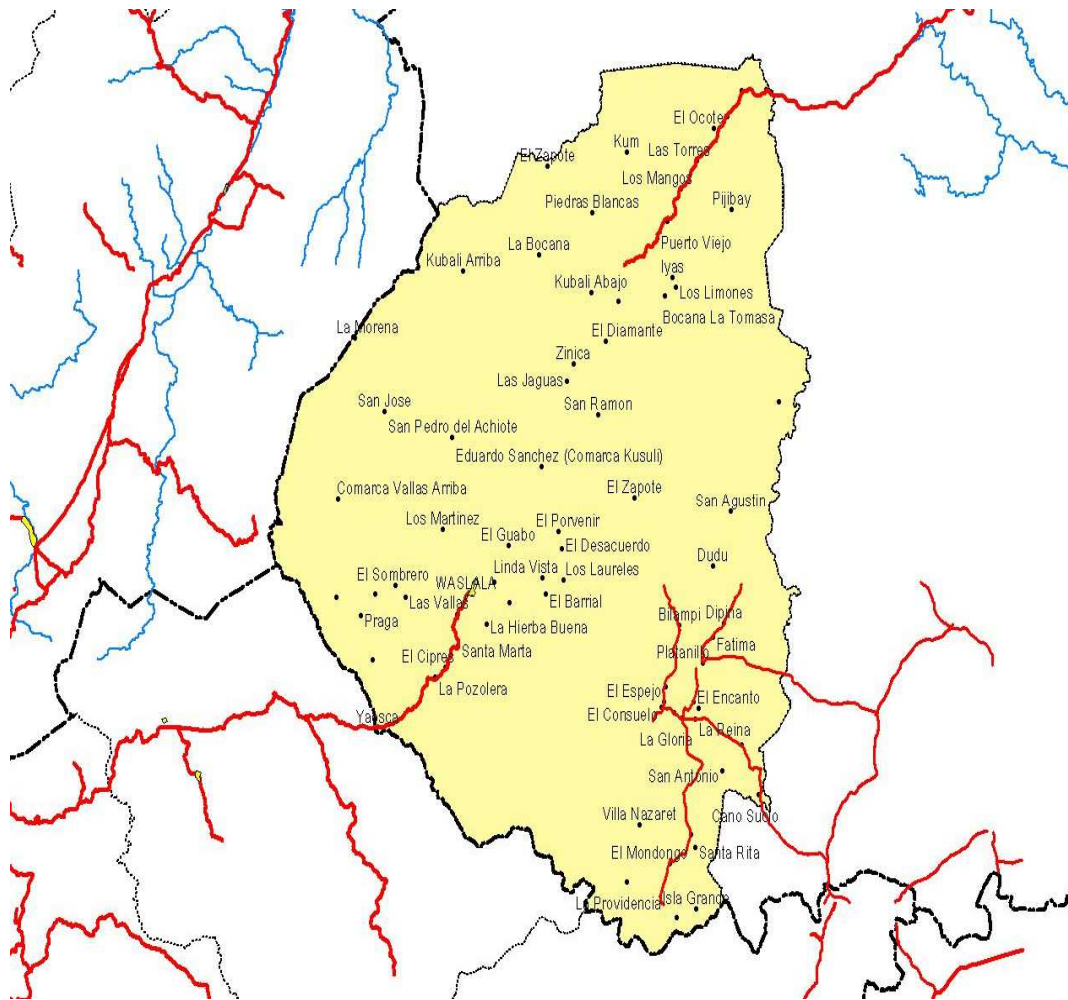
**“EVALUACIÓN DEL PLAN DE REDUCCIÓN DE MORTALIDAD MATERNA
DEL CENTRO DE SALUD FIDEL VENTURA DEL MUNICIPIO DE WASLALA,
PERIODO COMPRENDIDO DEL 2002 HASTA EL 2006.”**

Esta entrevista está dirigida a sectores sociales vinculados en el desarrollo de estrategias que contribuyen a reducir la mortalidad materna.

1. ¿Cómo valora usted la situación y evolución de Mortalidad Materna en el municipio de Waslala en el período de estudio?
2. ¿Cuáles considera que son las causas y factores que determinan las muertes maternas en este período 2002 -2006?
3. ¿Cómo valora la funcionabilidad de las estrategias a nivel comunitario?
4. ¿Cómo están organizados los servicios de salud en las unidades de salud? ¿Cree que de esta manera se está incidiendo en el comportamiento de la Mortalidad Materna?
5. ¿Cómo valora los resultados de las actividades que se han venido implementado para reducir la Mortalidad Materna en el municipio?
6. ¿Qué propuestas y técnicas cree son útiles para disminuir la Mortalidad Materna?



MAPA MUNICIPAL DE WASLALA





En el municipio de Waslala las estadísticas reportan los siguientes datos en lo que respecta a los indicadores maternos desde el 2002 hasta el 2006:

Tabla 1: Datos de población del área de influencia de las unidades de salud del municipio de Waslala desde el 2002 hasta el 2006.

	2002	2003	2004	2005	2006	TOTAL
Mujeres en Edad Fértil	8838	9120	9321	9409	9409	46097
Embarazos Esperados	2548	2502	2549	2549	2549	12697
Partos Esperados	2296	2254	2296	2135	2135	11116
Nacidos Vivos esperados	2284	2243	2285	2125	2125	11062

Fuente: Estadísticas del C/S Fidel Ventura.

Tabla 2: NACIMIENTOS REGISTRADOS HOSPITALARIOS Y DOMICILIARES

	2002	2003	2004	2005	2006	TOTAL
Domiciliar	1711	1672	1462	916	1634	7395
Hospitalario	445	498	508	504	505	2460
TOTAL	2156	2170	1970	1420	2139	9855

Fuente: Estadísticas del C/S Fidel Ventura.

**Tabla 3: NÚMERO DE CONTROLES PRENATALES POR AÑO**

	2002	2003	2004	2005	2006	TOTAL
I Trimestre	540	574	666	728	783	3291
II Trimestre	762	880	865	782	770	4059
III Trimestre	516	602	594	598	638	2948
2 CPN	1080	1091	1029	931	717	4848
3 CPN	749	783	762	786	676	3756
4 CPN	556	525	557	636	715	2989
5 CPN	606	543	502	691	494	2836
TOTAL	4809	4998	4975	5152	4793	24727

Fuente: Estadísticas del C/S Fidel Ventura.

Tabla 4: PLANIFICACION FAMILIAR

	2002	2003	2004	2005	2006	TOTAL
Captaciones	3660	4207	5759	5241	3727	22594
Subsecuentes	7916	8708	14258	14443	11746	57071
TOTAL	11576	12915	20017	19684	15473	79665

Fuente: Estadísticas del C/S Fidel Ventura.

Tabla 5: PUERPERIO NORMAL

	2002	2003	2004	2005	2006	TOTAL
Mediato	1183	1163	713	61	168	3288
Tardío	0	0	643	634	795	2072
TOTAL	1183	1163	1356	695	963	5360

Fuente: Estadísticas del C/S Fidel Ventura.

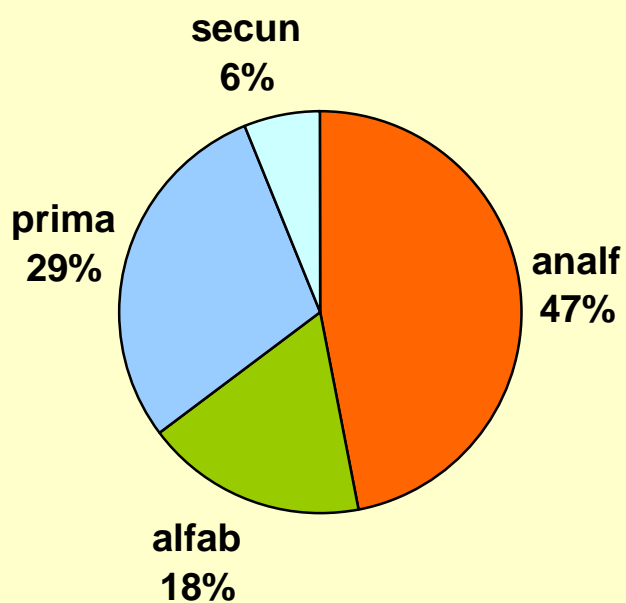


Tabla 6: PUERPERIO PATOLOGICO

	2002	2003	2004	2005	2006	TOTAL
Mediato	108	88	7	0	0	203
Tardío	0	0	2	17	0	19
TOTAL	108	88	9	17	0	222

Fuente: Estadísticas del C/S Fidel Ventura.

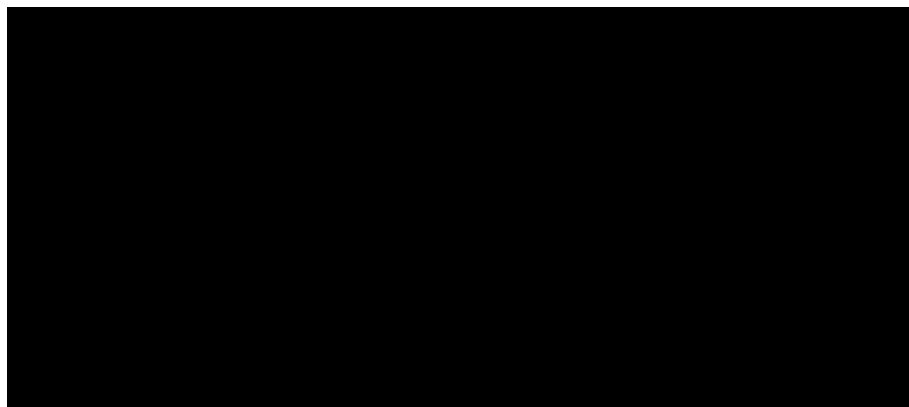
Gr.1: Distribución (%) de las fallecidas, según Nivel de Escolaridad Alcanzado. Waslala, 2002-2006



Fuente: SVMM, silais Matagalpa.



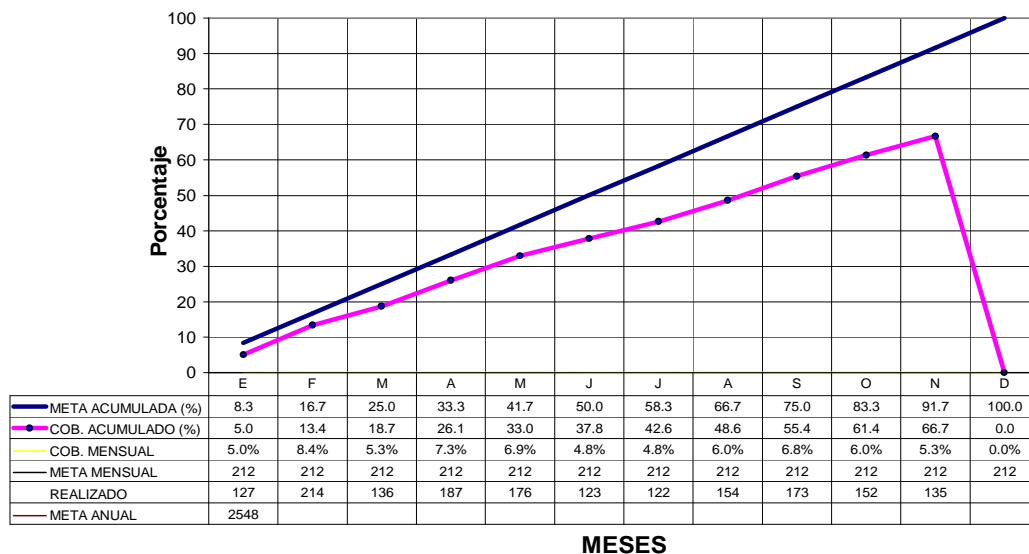
Gráfico 2: EVOLUCIÓN DE LAS TASAS DE MORTALIDAD DEL SILAIS MATAGALPA



Fuente: SVMM, silais Matagalpa.

Gráfico 3

**CAPTACION DE MUJERES EMBARAZADAS POR MESES
Municipio WASLALA,
Año 2002**



Fuente: Estadísticas del C/S Fidel Ventura, programa AIMNA.



Gráfico 4

CONCENTRACION DE CONTROL PRENATAL.
MUNICIPIO WASLALA, AÑO 2002.

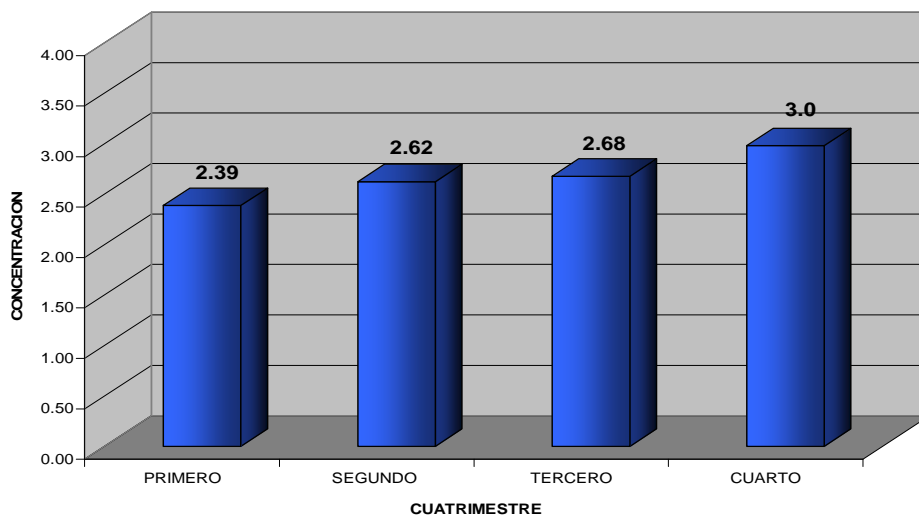
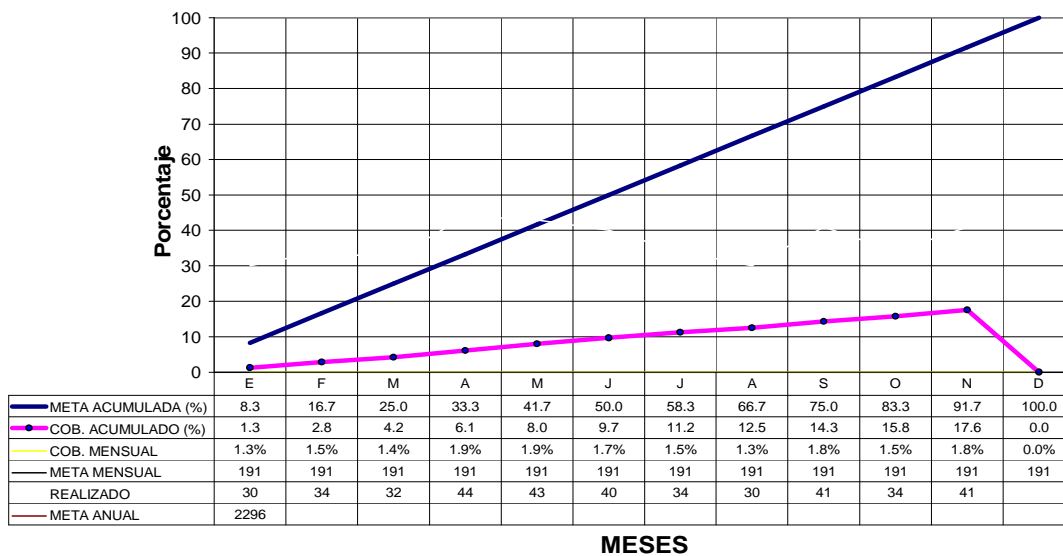


Gráfico 5

COBERTURA DE PARTOS INSTITUCIONALES
Municipio WASLALA,
Año 2002



Fuente: Estadísticas del C/S Fidel Ventura, programa AIMNA.



Gráfico 6

CAPTACION PUERPERAL POR MESES
Municipio WASLALA,
Año 2002

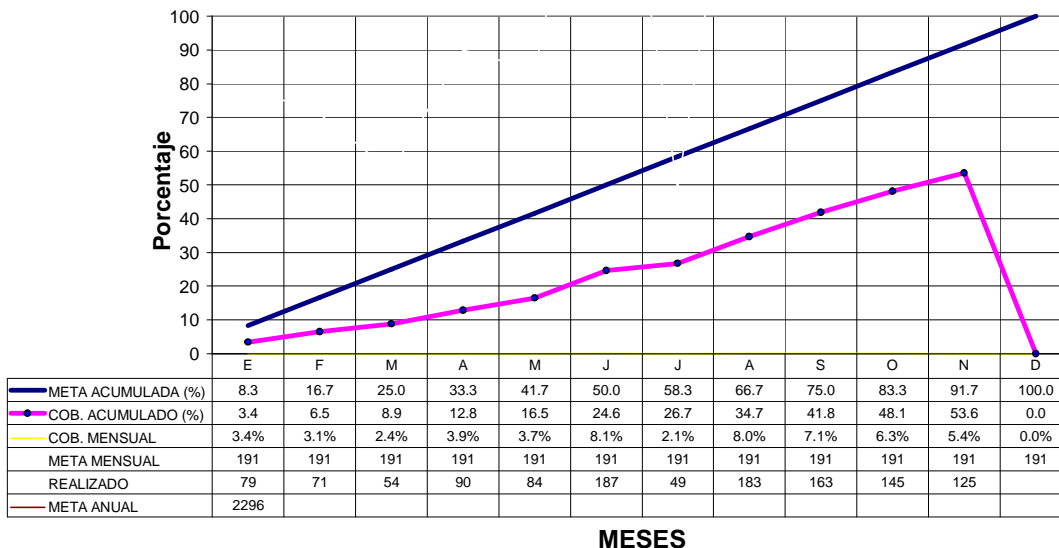
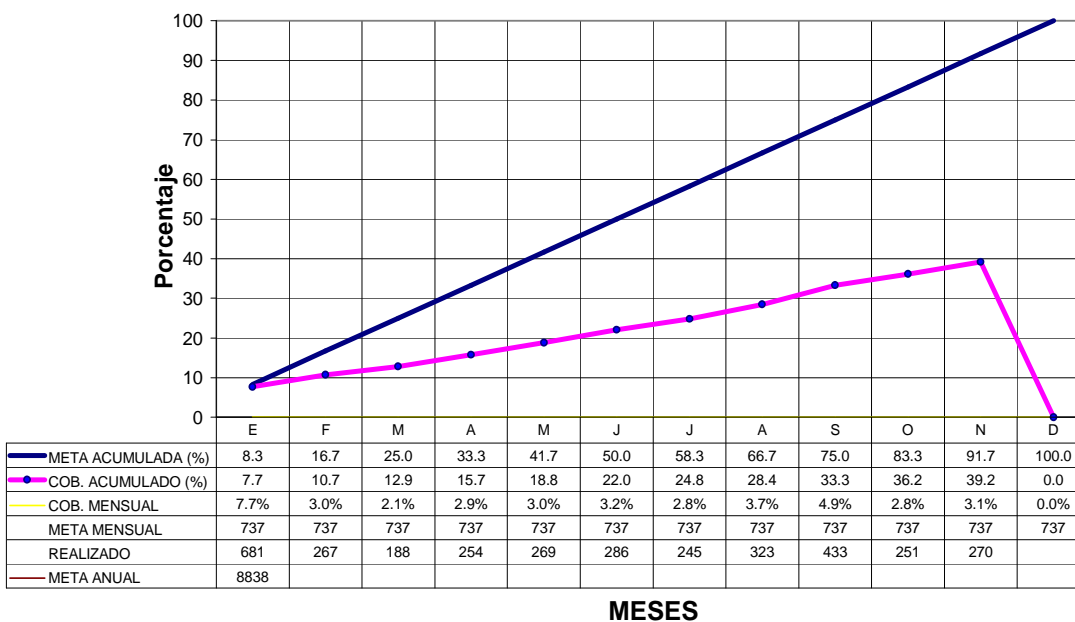


Gráfico 7

CAPTACION DE MUJERES A PLANIFICACION POR MESES
Municipio WASLALA,
Año 2002



Fuente: Estadísticas del C/S Fidel Ventura, programa AIMNA.



Gráfico 8

CAPTACION DE MUJERES EMBARAZADAS POR MESES
Municipio WASLALA,
Año 2003.

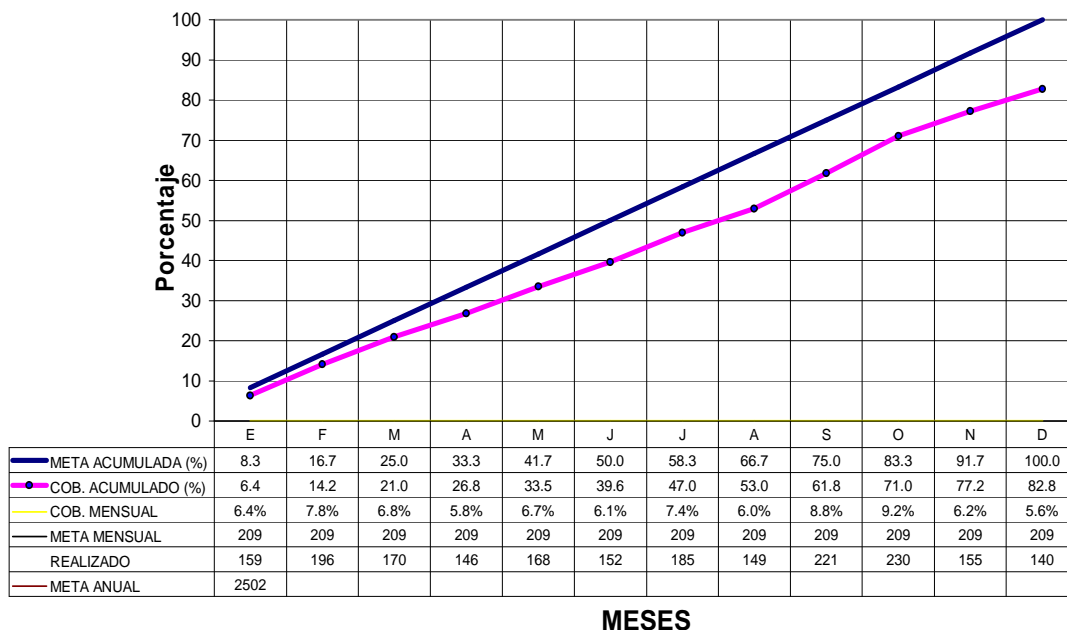
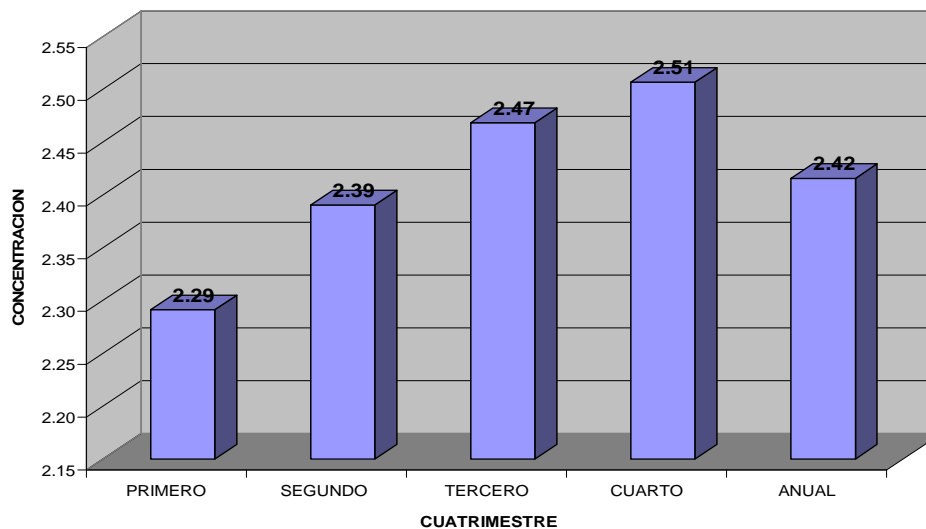


Gráfico 9

CONCENTRACION DE CONTROL PRENATAL,
MUNICIPIO WASLALA, AÑO 2003.

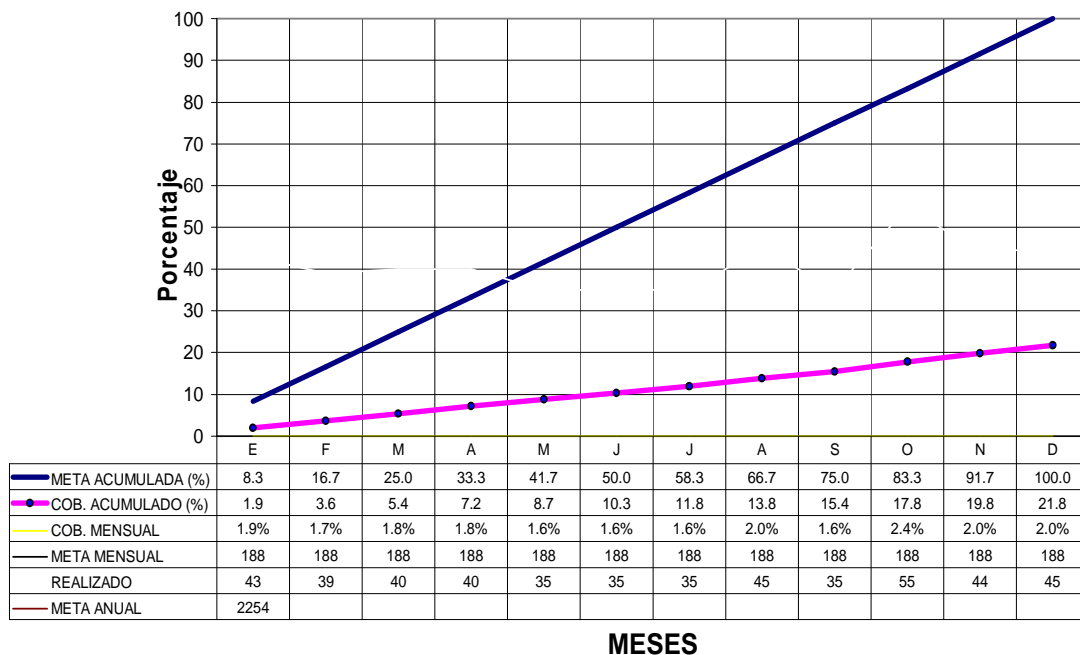


Fuente: Estadísticas del C/S Fidel Ventura, programa AIMNA.



Gráfico 10

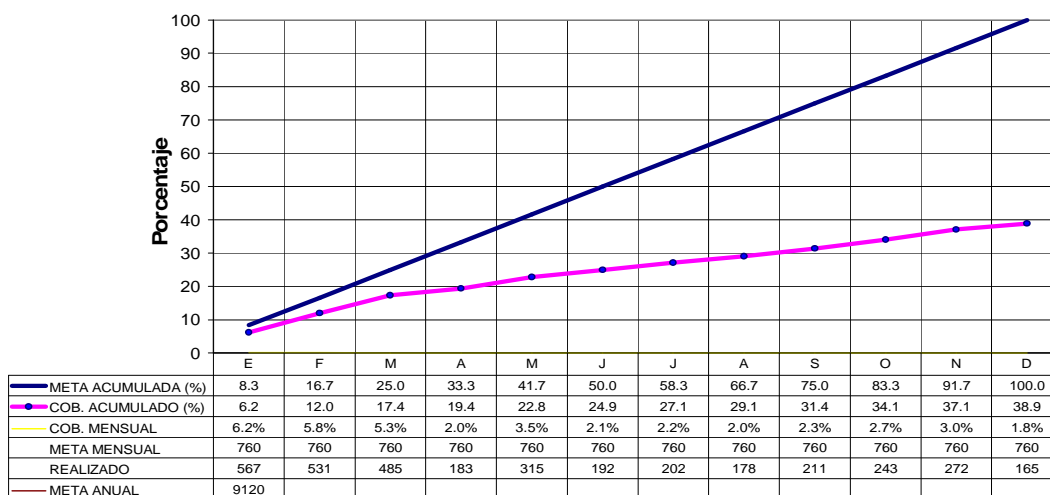
COBERTURA DE PARTOS INSTITUCIONALES
Municipio WASLALA,
Año 2003.



MESES

Gráfico 11

CAPTACION DE MUJERES A PLANIFICACION POR MESES
Municipio WASLALA,
Año 2003.



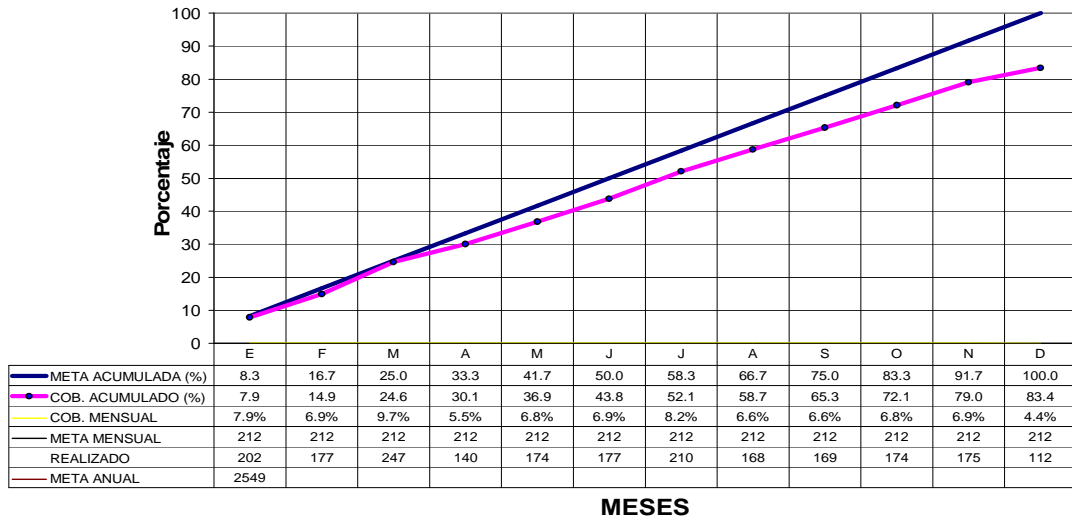
MESES

Fuente: Estadísticas del C/S Fidel Ventura, programa AIMNA.



Gráfico 12

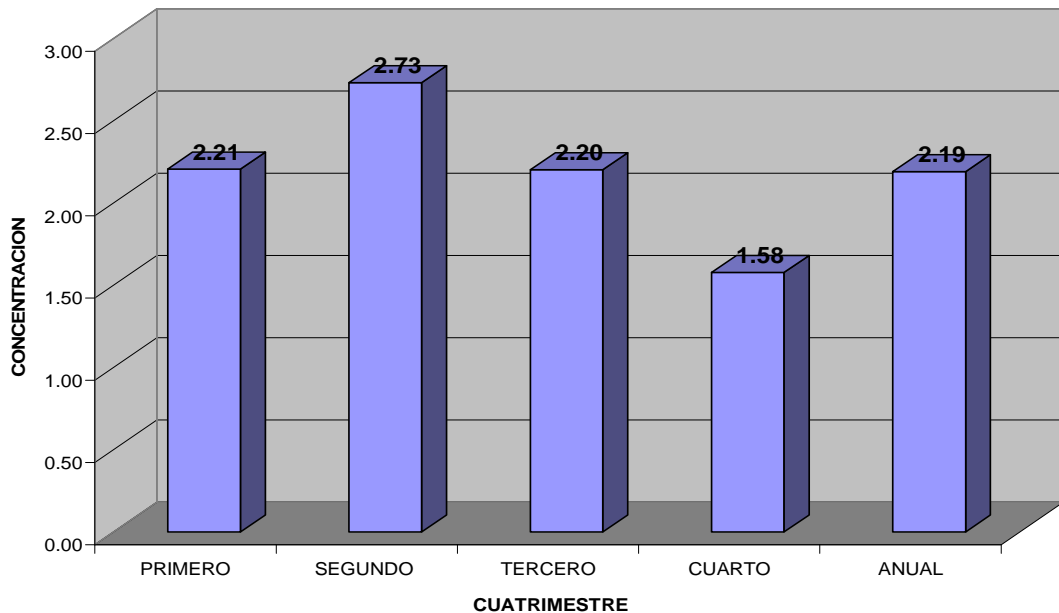
CAPTACION DE MUJERES EMBARAZADAS POR MESES
Municipio WASLALA,
Año 2004.



MESES

Gráfico 13

CONCENTRACION DE CONTROL PRENATAL,
MUNICIPIO WASLALA, AÑO 2004.



Fuente: Estadísticas del C/S Fidel Ventura, programa AIMNA.



Gráfico 14

COBERTURA DE PARTOS INSTITUCIONALES
Municipio WASLALA,
Año 2004.

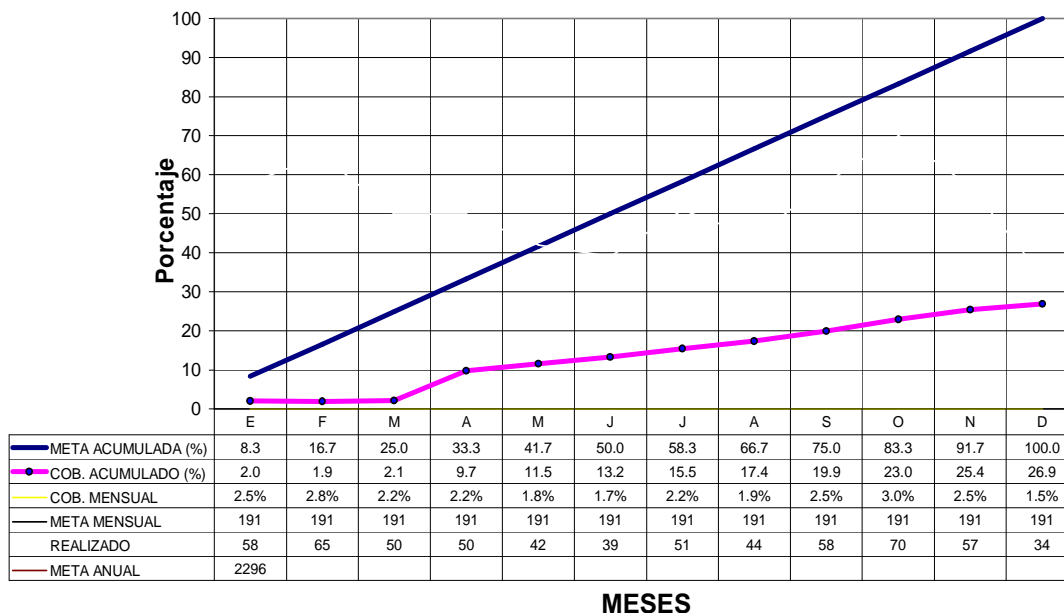
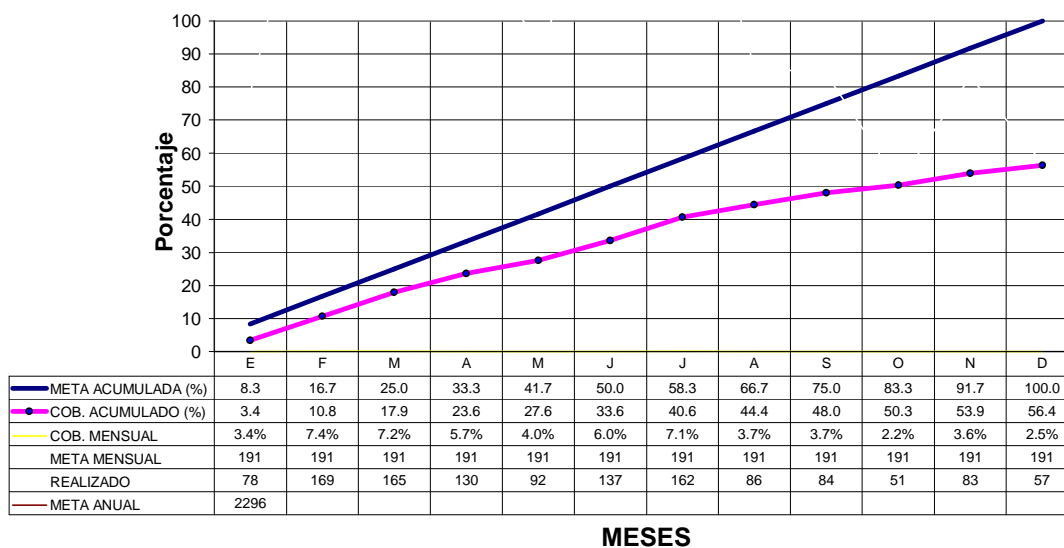


Gráfico 15

CAPTACION PUERPERAL POR MESES
Municipio WASLALA,
Año 2004.

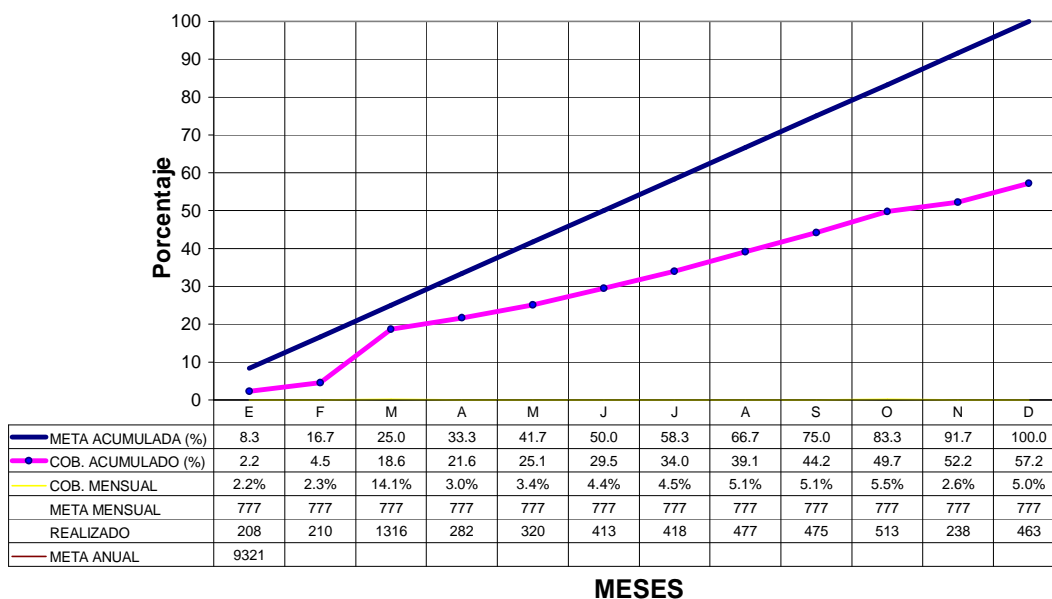


Fuente: Estadísticas del C/S Fidel Ventura, programa AIMNA.



Gráfico 16

CAPTACION DE MUJERES A PLANIFICACION POR MESES
Municipio WASLALA,
Año 2004.



MESES

Gráfico 17

CAPTACION DE MUJERES EMBARAZADAS POR MESES
Municipio WASLALA, SEGÚN INDICADORES POBLACIONALES
Año 2005.



MESES

Fuente: Estadísticas del C/S Fidel Ventura, programa AIMNA.



Gráfico 18

CONCENTRACION DE CONTROL PRENATAL,
MUNICIPIO WASLALA, AÑO 2005.SEGUN INDIC. POBLACIONALES.

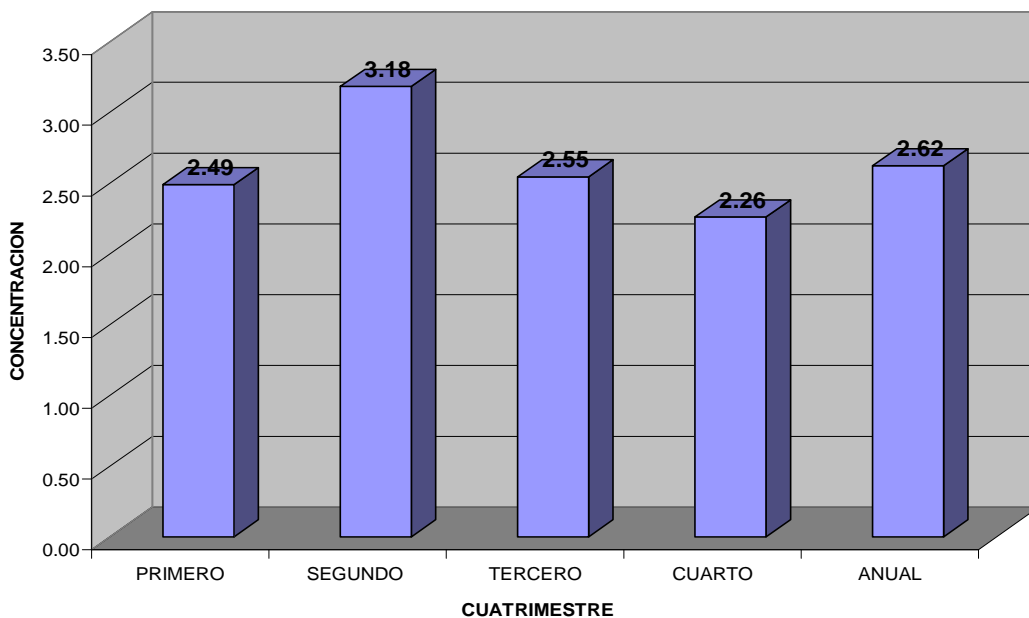
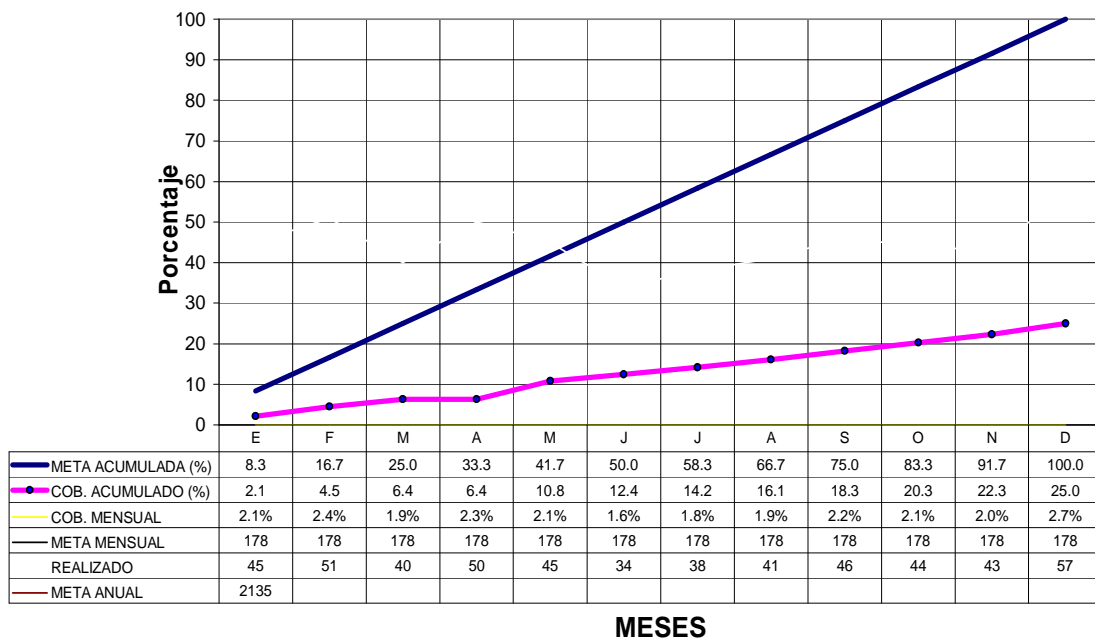


Gráfico 19

COBERTURA DE PARTOS INSTITUCIONALES
Según Indicadores Poblacionales. Municipio WASLALA, Año 2005.



Fuente: Estadísticas del C/S Fidel Ventura, programa AIMNA.



Gráfico 20

**CAPTACION PUERPERAL POR MESES, Según Indic. Poblacional
Municipio WASLALA, Año 2005.**

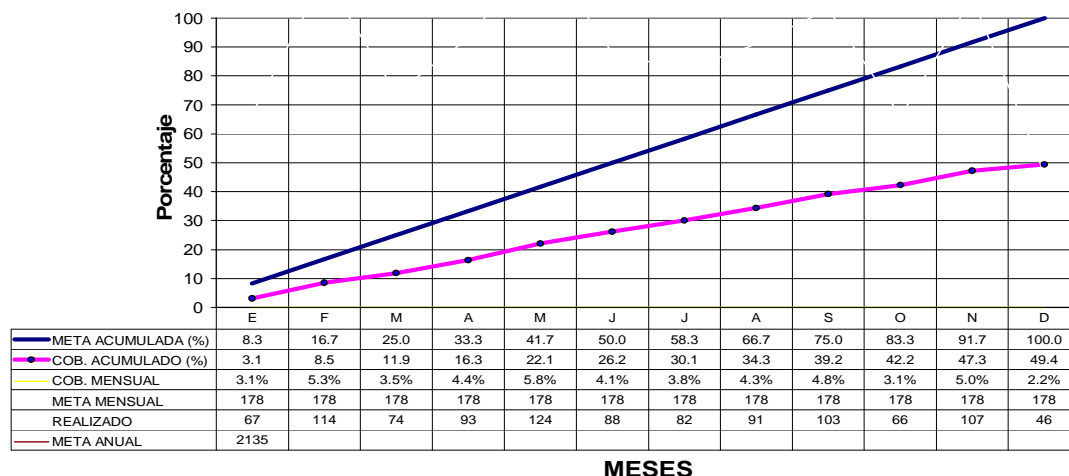
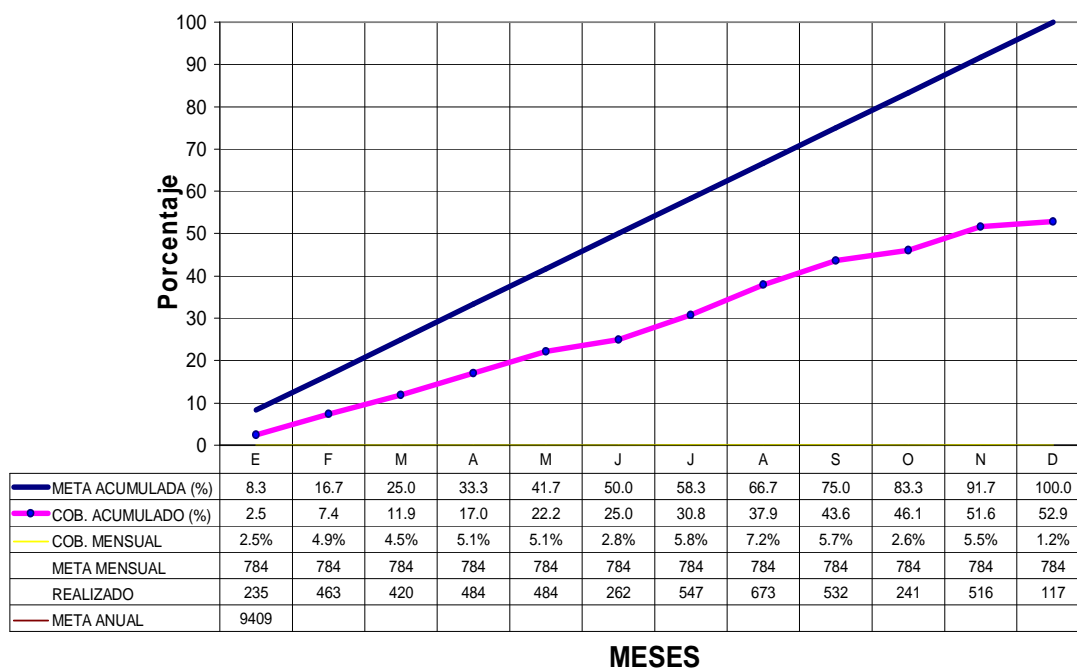


Gráfico 21

**CAPTACION DE MUJERES A PLANIFICACION POR MESES
Municipio WASLALA, SEGÚN INDICAD, POBLACIONALES
Año 2005.**



Fuente: Estadísticas del C/S Fidel Ventura, programa AIMNA.



Gráfico 22

**CAPTACION DE MUJERES A PLANIFICACION POR MESES
Municipio WASLALA, SEGÚN INDICAD, POBLACIONALES
Año 2005.**

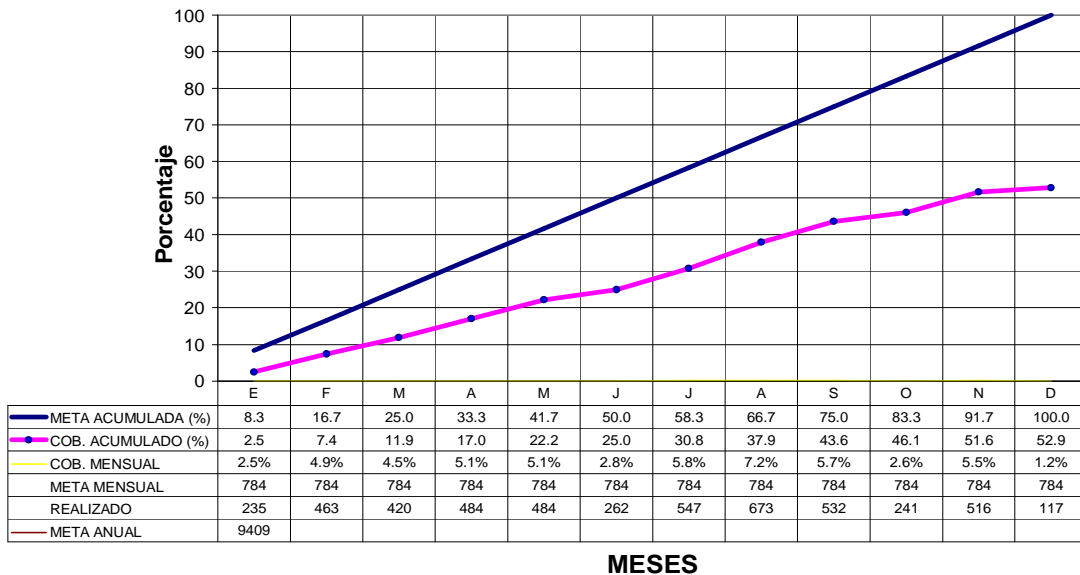
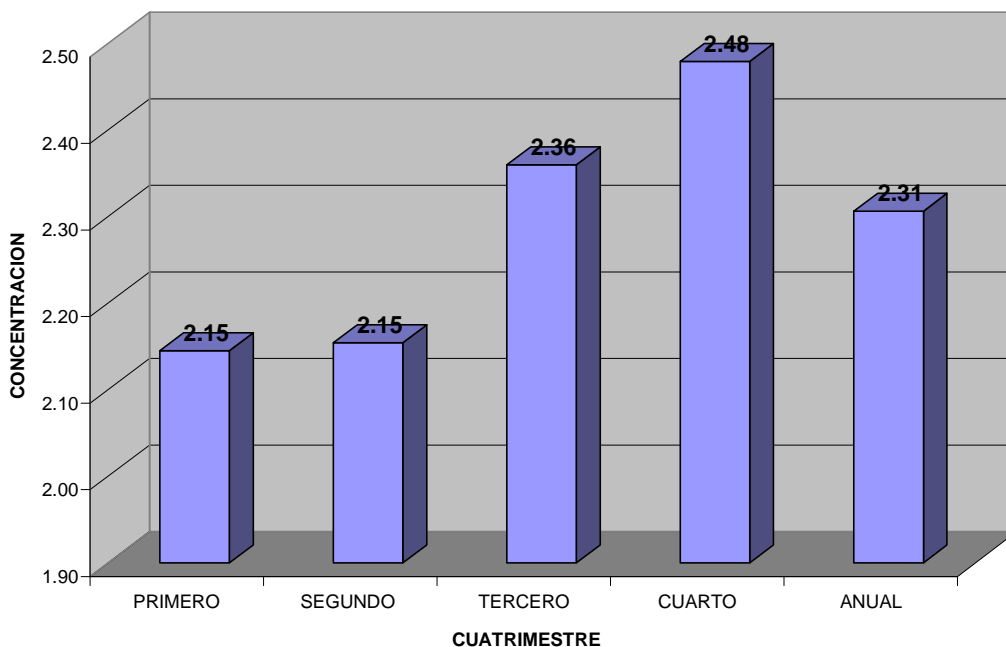


Gráfico 23

**CONCENTRACION DE CONTROL PRENATAL,
MUNICIPIO WASLALA, AÑO 2006.SEGUN INDIC. POBLACIONALES.**



Fuente: Estadísticas del C/S Fidel Ventura, programa AIMNA.



Gráfico 24

COBERTURA DE PARTOS INSTITUCIONALES
Según Indicadores Poblacionales. Municipio WASLALA, Año 2006.

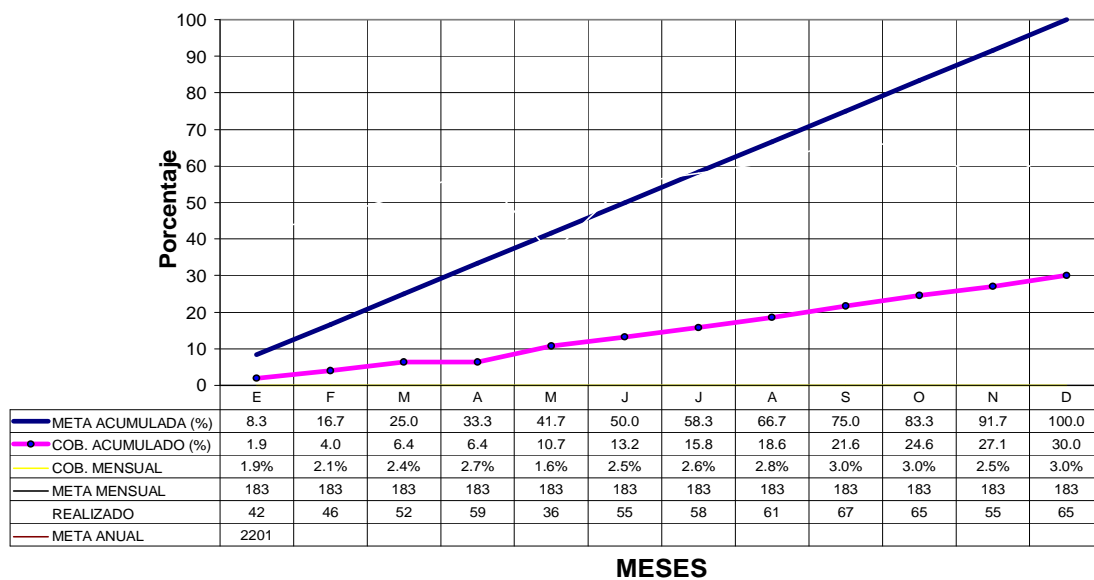
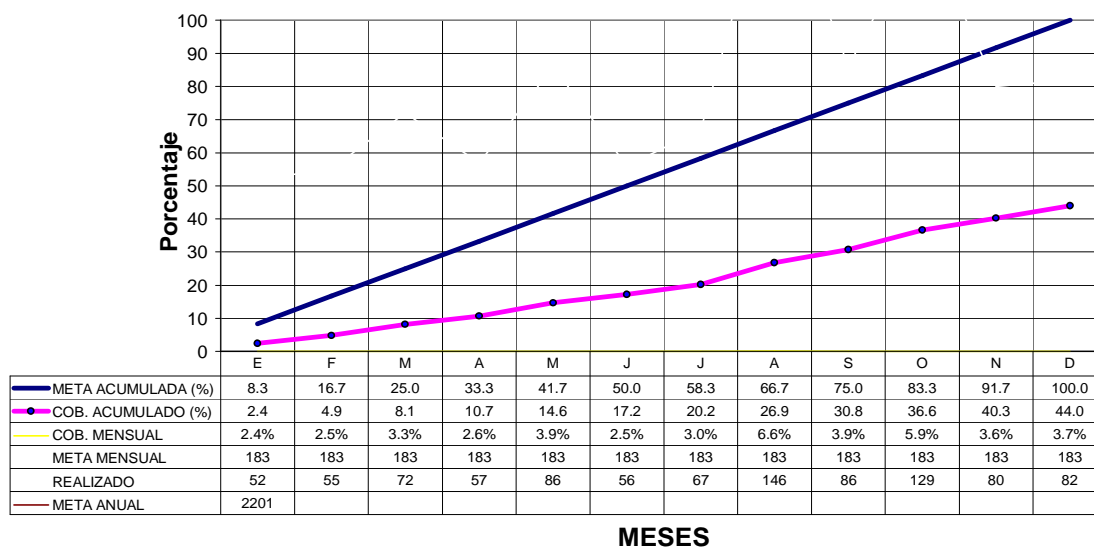


Gráfico 25

CAPTACION PUERPERAL POR MESES, Según Indic. Poblacional
Municipio WASLALA, Año 2006.

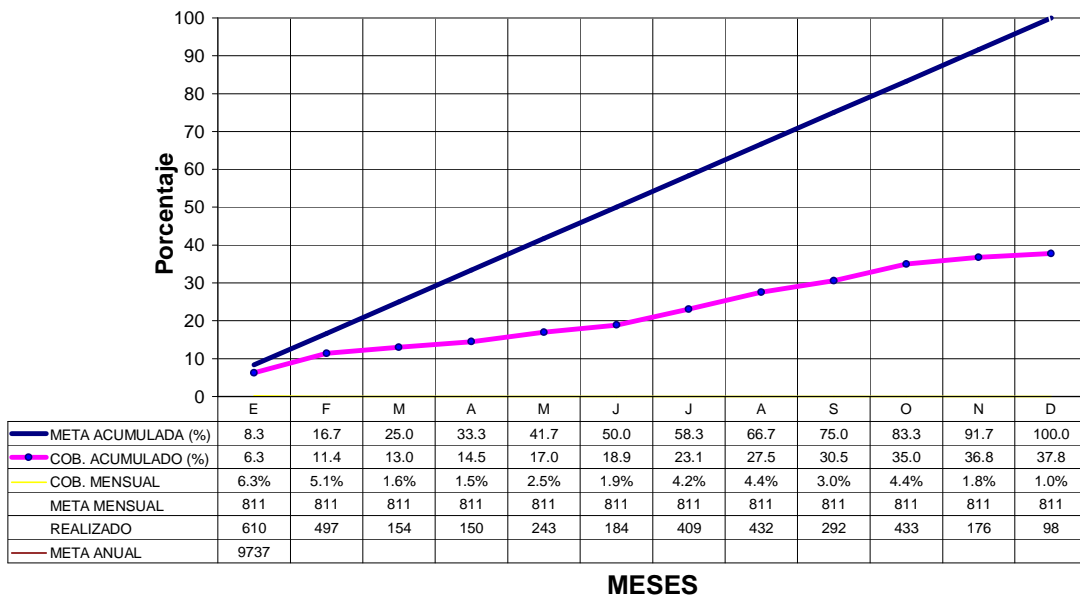


Fuente: Estadísticas del C/S Fidel Ventura, programa AIMNA.



Gráfico 26

**CAPTACION DE MUJERES A PLANIFICACION POR MESES
Municipio WASLALA, SEGÚN INDICAD, POBLACIONALES
Año 2006.**



Fuente: Estadísticas del C/S Fidel Ventura, programa AIMNA.