



ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA



Estudio Nacional de Mortalidad Materna 2011 Bolivia



PUBLICACIÓN
44

RESUMEN EJECUTIVO

Serie: Documentos de Investigación
2016



Estudio Nacional de Mortalidad Materna 2011 Bolivia



RESUMEN EJECUTIVO

Serie: Documentos de Investigación
2016

BO
HB1323.M6
M665e
No.44
2016

Bolivia. Ministerio de Salud. Dirección General de Planificación. Sistema Nacional de Información en Salud y Vigilancia Epidemiológica.
Estudio Nacional de Mortalidad Materna 2011 Bolivia: resumen ejecutivo, 2016./
Ministerio de Salud; Max Enríquez Nava; Jhemis Molina Gutiérrez. Coaut. La Paz :
Gráfica Leal, 2016.
98p.: ilus. (Serie: Documentos de Investigación No. 44)
Depósito legal: 4-1-154-16 P.O.

I. MORTALIDAD MATERNA^sestadist
II. COMPLICACIONES DEL EMBARAZO
III. POLÍTICAS PÚBLICAS DE SALUD
IV. ESTUDIO
V. BOLIVIA
1. t.
2. Serie.
3. Enríquez Nava, Max; Molina Gutiérrez, Jhemis. Coaut.

ESTUDIO NACIONAL DE MORTALIDAD MATERNA, 2011. RESUMEN EJECUTIVO
Puede obtenerse información en: <http://www.minsalud.gob.bo>, Sistema Nacional de Información en Salud y Vigilancia Epidemiológica, Tel/Fax: 591-2-2440536, Edificio Víctor 3er. Piso, c. Fernando Guachalla N° 342, La Paz – Bolivia

RM N° 0456 del 30 de mayo de 2016
Depósito Legal: 4 – 1 – 154 – 16 P.O.

Elaboración:

Dra. Ariana Campero Nava Ministra de Salud
Dr. Max Enriquez Nava Coordinador Nacional del SNIS-VE/Ministerio de Salud
Dr. Jhemis Molina Gutiérrez Responsable Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Hechos Vitales SNIS-VE/MS

Equipo Técnico: GTA (Grupo Técnico Asesor)

Dra. Rosario Quiroga Morales	Dra. Bertha Pooley	Dra. Rosalinda Hernández Muñoz
Lic. Alexia Escóbar Vásquez	Dr. Alberto Castro André	Lic. Gladys Crespo
Dra. Beatriz Miranda Gutiérrez	Dra. Fabienne Bejanin	Dra. Magda Ruiz
Lic. Tania Suxo Iturri	Lic. Mabel Patón Sanjines	Lic. Mercedes Laura Calliconde

Apoyo Técnico:

Maria Angela Vera Callisaya	Gabriela Enriquez Gosalvez	Karina Irene Candia Alarcon
Yandira Griselda Alcon Valencia	Tania Vacaflor Hochkofler	
Médicos Mi Salud/SAFCI		
PODEMA (Población, Desarrollo, Medio Ambiente):		
Mario Gutiérrez Sardán	Hugo Rojas Ajata	Erick Machicao
Gwendoly Altamirano Cavero		

Edición y diagramación:

Sandra Aliaga Fabiana Aliaga Badani

Comité Técnico de Revisión de Publicaciones/DGPS.

Comité de Identidad Institucional y Publicaciones:

Carla Parada Barba	Gladys Crespo	Miguel Villarreal
Miriam Nogales	Alicia Quispe	Luis Navia
Miguel Cárcamo	Edisson Rodríguez	

El presente documento fue impreso con el apoyo técnico del Proyecto Recursos Francia.

La Paz: Sistema Nacional de Información en Salud y Vigilancia Epidemiológica – Dirección General de Planificación/MS – Comité de Identidad Institucional y Publicaciones – Ministerio de Salud – 2016

©Ministerio de Salud 2016

Esta publicación es propiedad del Ministerio de Salud del Estado Plurinacional de Bolivia; Se autoriza su reproducción total o parcial, siempre que los fines no sean de lucro, a condición de citar la fuente y la propiedad.

Impreso en Bolivia

Autoridades del Ministerio de Salud del Estado Plurinacional de Bolivia

2016

Dra. Ariana Campero Nava
Ministra de Salud

Dra. Carla Parada Barba
Viceministra de Salud y Promoción

Dr. Germán Mamani Huallpa
Viceministro de Medicina Tradicional

Lic. Marcos Rios Vacaflor
Director General de Planificación

Dr. Omar Flores Velasco
Director General de Salud

Dr. Max Enriquez Nava
**Coordinador Nacional del
Sistema Nacional de Información en Salud y
Vigilancia Epidemiológica**

Presentación

El proceso de cambio en Bolivia, propuesto en el Plan Nacional de Desarrollo (PND), se inicia con la transformación de la matriz productiva nacional, el desmontaje del colonialismo neoliberal, la descolonización, despatriarcalización del Estado y la construcción de la nueva identidad boliviana. En consecuencia nuestro objetivo principal debe centrarse en la eliminación de las causas que originan la desigualdad y la exclusión social del país, es decir, desmontar esos dispositivos económicos, políticos y culturales, que se encuentran diseminados en la organización del Estado, las instituciones, las organizaciones sociales y en la mente de las personas.

La mortalidad materna continúa siendo un problema de impacto social, por ende conocer sus características es prioritario para enfocar las estrategias y políticas de salud, para lograr reducir la magnitud de muertes que en su mayoría son evitables.

El Ministerio de Salud a través del Sistema Nacional de Información en Salud y Vigilancia Epidemiológica y en coordinación con el Instituto Nacional de Estadísticas (INE), realizó el Estudio Nacional de Mortalidad Materna para el año 2011.

Se presentan los resultados del Estudio Nacional de Mortalidad Materna, 2011 y el Plan Nacional de Reducción acelerada de la morbilidad obstétrica grave y mortalidad Materna y Neonatal con la finalidad de poder realizar un análisis profundo, generando acciones oportunas para encaminar una estructura en salud con mayor efectividad en mujeres, niñas y niños bolivianos.

Dra. Ariana Campero Nava
MINISTRA DE SALUD



Estado Plurinacional de Bolivia
Ministerio de Salud

Resolución Ministerial Nº 0456

30 MAY 2016

VISTOS Y CONSIDERANDO:

Que, el Parágrafo I de Artículo 35, de la Constitución Política del Estado, señala que el Estado en todos sus niveles, protegerá el derecho a la salud, promoviendo políticas públicas orientadas a mejorar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso gratuito de la población a los servicios de salud.

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

Que, el Artículo 12 del Código de Salud, determina que la Autoridad de Salud está facultada para dictar las disposiciones a las que se sujetarán los organismos públicos y privados en la elaboración y difusión de sus programas en todos los aspectos de la educación para la salud;

Que, el Numeral 22), del Parágrafo I, del Artículo 14, del Decreto Supremo Nº 29894 de 07 de febrero del 2009, de Estructura Organizativa del Órgano Ejecutivo del Estado Plurinacional, establece las atribuciones de las Ministras y Ministros del Órgano Ejecutivo, de emitir resoluciones ministeriales, así como bi-ministeriales en coordinación con los ministros que correspondan, en el marco de sus competencias;

Que, el Inciso d) del Artículo 90 de la norma precitada, señala como atribución de la Ministra de Salud y Deportes, de garantizar la salud de la población a través de su promoción, prevención de las enfermedades, curación y rehabilitación;

Que, el Decreto Supremo Nº 1868 del 22 de enero de 2014, tiene por objeto modificar el D.S. Nº 29894 Estructura Organizativa del Órgano Ejecutivo del Estado Plurinacional, y en su artículo 10 parágrafos III, IV sustituye la denominación de Ministerio de Salud y Deportes por "Ministerio de Salud", también el de Ministra (o) de Salud y Deportes por "Ministra(o) de Salud".

Que, mediante Acta de Reunión de fecha 25 de mayo de 2016 el Comité de Identidad Institucional y Publicaciones del Ministerio de Salud aprueba el documento denominado **"ESTUDIO NACIONAL DE MORTALIDAD MATERNA 2011"**

Que, mediante la Hoja de Ruta precitada la Señora Viceministra de Salud y Promoción, remite el documento **"ESTUDIO NACIONAL DE MORTALIDAD MATERNA 2011"** para la emisión de la Resolución Ministerial correspondiente.

Que, el Informe Legal MS/DGAJ/UAJU/918/2016 de 30 de mayo de 2016, recomienda la emisión de la Resolución Ministerial correspondiente.

POR TANTO:

La **Ministra de Salud**, en uso de las atribuciones que le confiere el Decreto Supremo Nº 29894 de 07 de febrero de 2009, de Estructura Organizativa del Órgano Ejecutivo del Estado Plurinacional;





Estado Plurinacional de Bolivia
Ministerio de Salud

RESUELVE:

ARTÍCULO ÚNICO.- Aprobar el documento **"ESTUDIO NACIONAL DE MORTALIDAD MATERNA 2011"** y autorizar la impresión y posterior publicación a nivel nacional conforme al texto adjunto en anexo que forma parte integrante e indisoluble de la presente Resolución Ministerial.

La Dirección General de Promoción de la Salud del Ministerio de Salud, queda encargado del estricto cumplimiento y ejecución de la presente Resolución.

Regístrese, comuníquese y archívese.


Abog. Teresa L. Rosso Gutiérrez
DIRECTORA GENERAL
DE ASUNTOS JURÍDICOS
MINISTERIO DE SALUD


VICEMINISTRA DE SALUD
Y PROMOCION
MINISTERIO DE SALUD


Dra. Ariana Campero Nava
MINISTRA DE SALUD
ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA



Introducción

A fin de orientar adecuadamente las políticas e intervenciones nacionales y departamentales para reducir la muerte materna en Bolivia, el Ministerio de Salud impulsó la realización del “Estudio Nacional de Mortalidad Materna” durante el periodo de 2014-2015; en coordinación con el Instituto Nacional de Estadística (INE) y con la colaboración técnica del Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE), UNFPA, UNICEF, OPS/OMS y FCI.

El objetivo central del Estudio fue “establecer los niveles y características de mortalidad materna a nivel nacional y departamental tomando en cuenta causas biológicas de la muerte materna y sus determinantes socio-económicos y étnico-culturales”. Para conocer la magnitud actual del problema de la muerte materna y sus causas, se basó en la última información disponible sobre esta materia proporcionada por la Encuesta Post-Censal del 2000, por la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDSA 2003) y por el Censo de Población y Vivienda (CNPV) del 2012 que incluyó preguntas específicas referidas al tema.

Asimismo, utilizó como herramientas de recolección de información, la autopsia verbal a las familias que reportaron una muerte materna en su hogar durante el año 2011 y los casos investigados por los Comités de Vigilancia Departamentales que no fueron captados por el CNPV para el mismo periodo.

El presente documento está dirigido a autoridades nacionales, personal de salud, organización civil, Organismos de cooperación Internacional y población general, y sirve de referencia oficial para estadísticas de Mortalidad Materna.

En la primera parte se presentan los resultados del Estudio, según las características específicas y en la segunda parte el Plan Nacional de Reducción acelerada de la Morbilidad Obstétrica grave y Mortalidad Materna y Neonatal.

ÍNDICE

Situación de la Mortalidad Materna en Bolivia	13
Mortalidad Materna en el Departamento de La Paz	21
Mortalidad Materna en el Departamento de Potosí	29
Mortalidad Materna en el Departamento de Cochabamba	36
Mortalidad Materna en el Departamento de Oruro	43
Mortalidad Materna en el Departamento del Beni	50
Mortalidad Materna en el Departamento de Chuquisaca	57
Mortalidad Materna en el Departamento de Pando	64
Mortalidad Materna en el Departamento de Tarija	71
Mortalidad Materna en el Departamento de Santa Cruz	77
Puntos destacados del Estudio	85
Plan de reducción de la mortalidad materna	87

Situación de la Mortalidad Materna en Bolivia

El Estudio Nacional de Mortalidad Materna del año 2011 reportó 538 mujeres que murieron a consecuencia de complicaciones durante el embarazo, parto y post parto. De éstas, 502 fueron registradas por el Estudio y 36 fueron detectadas por el Sistema Nacional de Vigilancia de la Muerte Materna. Una significativa mayoría de estas muertes eran evitables.

“Muerte materna” -de acuerdo a estándares internacionales de la Organización Mundial de la Salud (OMS)- “es la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del embarazo, debida a cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales ni incidentales.”

Razón de Mortalidad Materna

La Razón de Mortalidad Materna (RMM) en Bolivia para el año 2011 -según la información obtenida del Estudio- fue de 160 por 100,000 nacidos vivos. Para fines de comparación internacional, se hizo ajustes en la RMM de la Encuesta Post-Censal del 2000 que consistieron en excluir las muertes por causas externas y las muertes maternas tardías posteriores a los 42 días. Con esta nueva definición, se ajustó la RMM a 187 por 100,000 nacidos vivos para el año 2000.

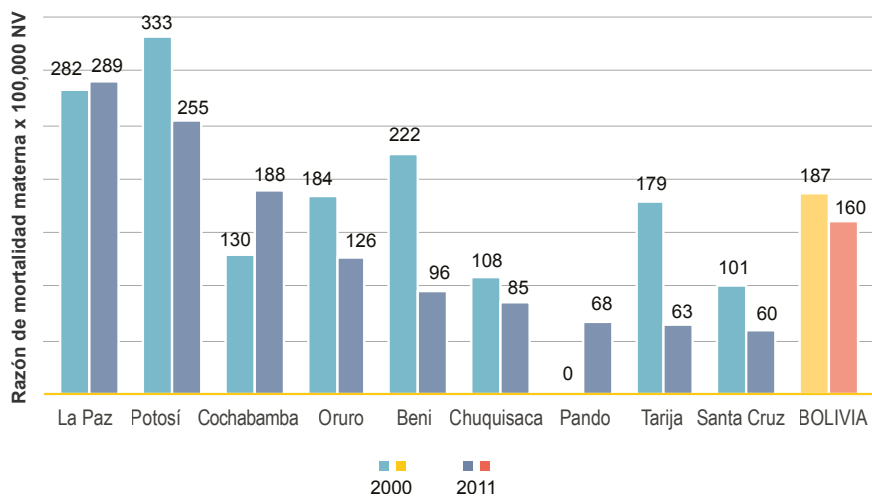


Gráfico 1.
Razón de Mortalidad Materna por departamentos.
 Bolivia 2000 y 2011

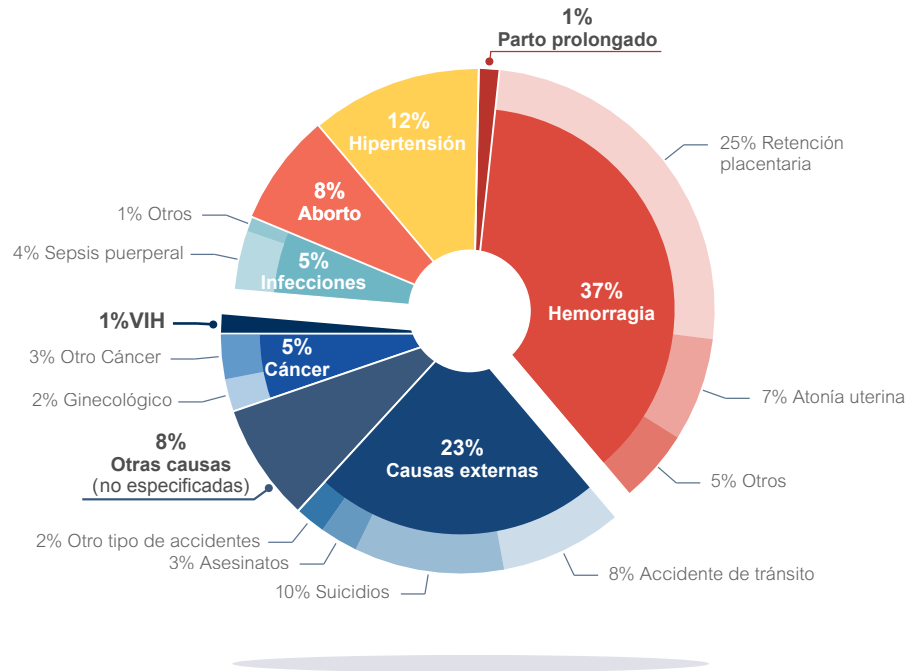
Para 2011, los departamentos de La Paz, Potosí y Cochabamba presentan las razones de muerte materna más altas de Bolivia, estando éstas por encima del promedio nacional.

Al comparar los resultados de los estudios 2000 y 2011, se observa cambios significativos en el escenario nacional en torno a la mortalidad materna:

- Beni y Tarija logran reducir su RMM en más de la mitad, mientras que Santa Cruz la reduce en un 40%.
- Aunque de manera más moderada; en Chuquisaca, Oruro y Potosí también se produce una disminución en sus RMM.
- Los únicos departamentos que registran un incremento en su RMM son La Paz (2%) y Cochabamba (44%).

Causas de la muerte materna en Bolivia

Gráfico 2.
Causas directas e indirectas de la muerte materna
Bolivia 2011



Como se puede observar en el Gráfico 2, las principales causas directas de muerte materna identificadas en el 2011 continúan siendo las mismas que fueron registradas el 2000: hemorragia, hipertensión y aborto.

Este gráfico muestra la estructura amplia de mortalidad en mujeres gestantes. Señala las causas directas e indirectas de la muerte materna, con el fin de visibilizar -de manera integral- no sólo aquellas causas obstétricas que ocasionan la muerte de mujeres gestantes, sino otras múltiples causas que requieren ser analizadas y atendidas a la hora de desarrollar las políticas intersectoriales correspondientes. En ese sentido -de manera diferenciada- incluye factores que podrían constituir causas indirectas de muerte materna bajo el rótulo de “causas externas” como suicidios, asesinatos, accidentes de tránsito y de otro tipo; cáncer y otras causas asociadas

al VIH; y finalmente, otros factores no identificados. Estas causas obedecen tanto a determinantes sociales y económicos como a factores biológicos, y no necesariamente responden a la definición de mortalidad materna.

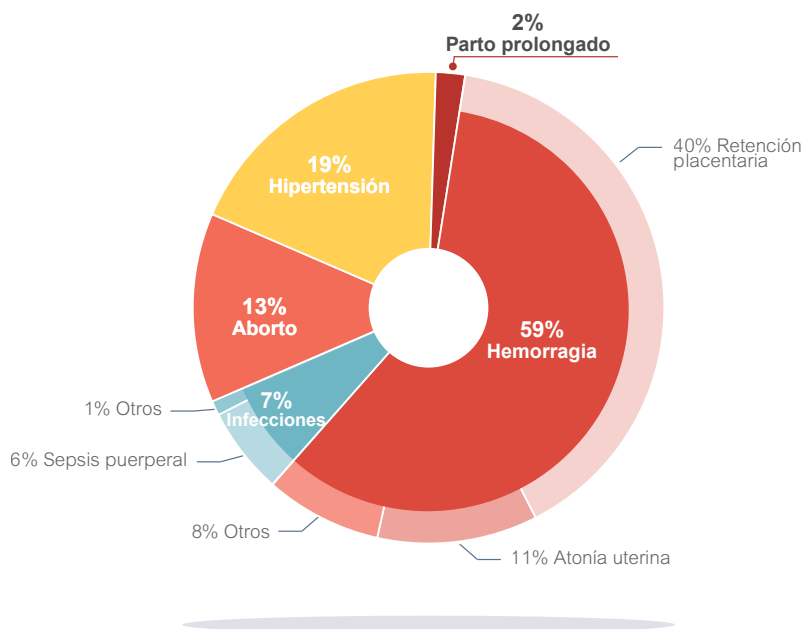


Gráfico 3.
Causas directas de la
muerte materna
Bolivia 2011

SERIE: DOCUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

El Gráfico N° 3 muestra únicamente las causas directas de muerte materna con el fin de analizar específicamente aquellas muertes que resultan de complicaciones obstétricas del embarazo, parto y puerperio, de intervenciones, de omisiones, de tratamiento incorrecto, o de una cadena de acontecimientos originada en cualquiera de las circunstancias mencionadas.

En la estructura amplia de mortalidad de mujeres gestantes del Gráfico 2, las causas directas representan el 63% de las causas identificadas de muerte materna. Como se puede observar, la mayor ocurrencia de muertes por causa directa, se da por hemorragias (59%), básicamente ocasionadas por retención placentaria y atonía uterina.

La hipertensión da cuenta de casi una quinta parte de las muertes. Sumada a las hemorragias, constituyen el 78% de causas directas

de muerte materna. Urge que los planes nacionales de salud encaren estrategias para combatir y atender estos factores. Por otro lado, cabe resaltar que las infecciones y los abortos son el 20% de las causas por las cuales miles de mujeres mueren. Si tomamos en cuenta que una significativa parte de todas estas muertes, son muertes evitables, el desafío para el sector salud es nítido.

Control prenatal, parto y control post parto de las mujeres fallecidas que recibieron atención por personal de salud

Gráfico 4.
Control prenatal, parto y control post parto o post aborto de mujeres fallecidas por causas obstétricas que recibieron atención por personal de salud.

Bolivia 2011



El Gráfico 4 indica el número de mujeres fallecidas por causas obstétricas, que recibieron atención por personal de salud -ya sea en establecimientos de salud o no- durante su embarazo, parto y post parto o post aborto.

Momento de fallecimiento

Gráfico 5.
Momento del fallecimiento

Bolivia 2011



A nivel nacional, los casos de muertes maternas ocurren fundamentalmente en el momento del parto o cesárea (40%). El 30% acontece durante el embarazo y el restante 30%, en el post parto.

Edad y lugar de fallecimiento

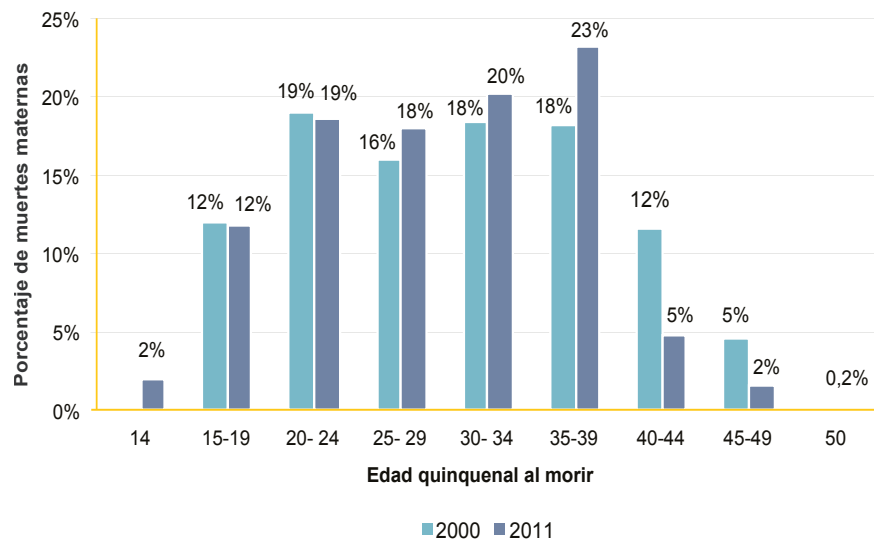


Gráfico 6.
Edad al morir, por quinquenio.
Bolivia 2000 y 2011

Si bien las muertes maternas estudiadas están concentradas en el tramo etáreo de 20 a 39 años, es importante tomar nota del porcentaje de mujeres entre 14 a 19 años que murieron por causas relacionadas a un embarazo, parto o post parto.

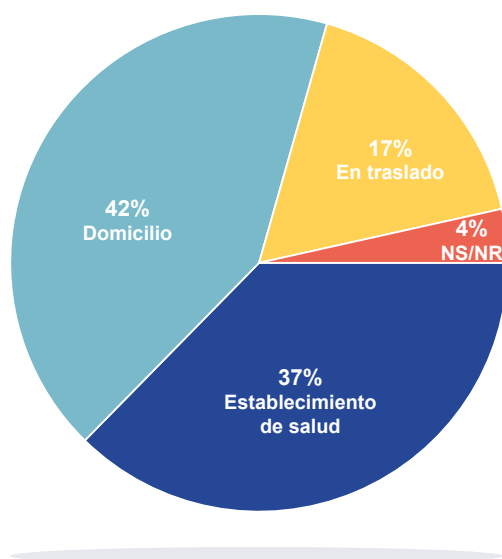


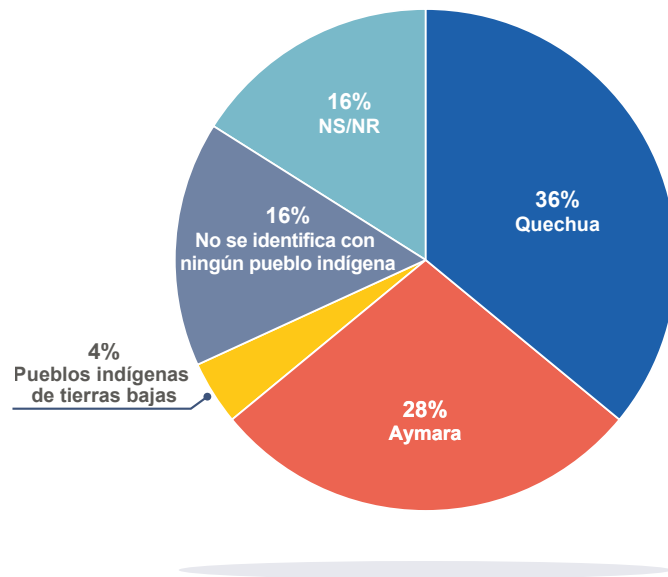
Gráfico 7.
Lugar donde ocurren las muertes maternas
Bolivia 2011

A nivel nacional, el 42% de las muertes maternas ocurre en el domicilio de las mujeres fallecidas, mientras que el 37% acontece en un establecimiento de salud. Algunas explicaciones posibles a las muertes maternas en establecimientos de salud consisten en demandas tardías de atención o en insuficiencias en la capacidad resolutoria de los servicios.

En relación a lo observado en el año 2000, mientras las muertes en domicilio disminuyen en casi 9%, las muertes ocurridas en el momento del traslado aumentan de 10% (2000) a 17% (2011).

Mortalidad materna según pertenencia étnica

Gráfico 8.
Mortalidad Materna
según pertenencia étnica
Bolivia 2011



Las mujeres indígenas, por sus condiciones de exclusión, son más vulnerables a morir por complicaciones relacionadas al embarazo, parto y post-parto. El 40% de las mujeres de 15 y más años en Bolivia -según el Censo de Población y Vivienda 2012- pertenece a alguna nación o pueblo indígena. El 68% de las muertes maternas ocurre en esta población.

Reflexiones en torno a la situación de la mortalidad materna en Bolivia

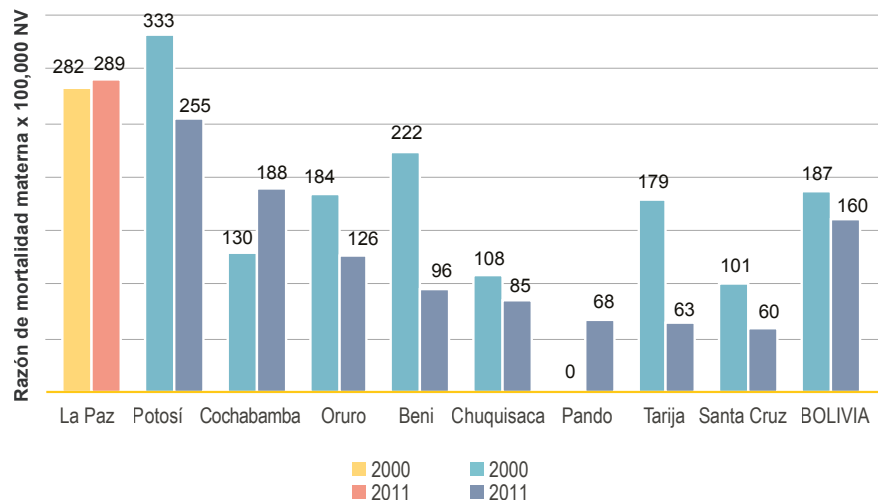
De acuerdo a algunos de los indicadores de salud presentados en la ENDSA 2008, el 90% de las mujeres embarazadas en Bolivia tuvo al menos un control pre-natal y el 71% recibió atención de personal calificado en el parto.

Como datos complementarios para orientar la comprensión de la elevada RMM, se anota que -según la ENDSA 2008- tan sólo el 35% de las mujeres en edad fértil usó un método moderno de anticoncepción (40% en área urbana y 25% en área rural) y se registró un 18% de embarazo adolescente.

Mortalidad Materna en el Departamento de La Paz

Un tercio de las muertes maternas que ocurren en Bolivia corresponde al Departamento de La Paz. La RMM de La Paz (289 por 100,000 nacidos vivos) para el año 2011 es la más alta de Bolivia, registrando un leve incremento con relación al año 2000.

Gráfico 9.
Razón de mortalidad materna
La Paz 2000 y 2011



En 2011 murieron 200 mujeres. Algunos rasgos del perfil de las mujeres estudiadas que fallecieron en el Departamento de La Paz son:

- El 60% tenía menos de 6 años de escolaridad.
- El 8% no tenía hijos/as (posiblemente primer embarazo) y casi la mitad dejó de 3 a 4 hijos en orfandad materna.
- El 37% pertenecía al grupo etáreo de 35 a 39 años. Cabe hacer notar que existe una adolescente (14 años) fallecida.

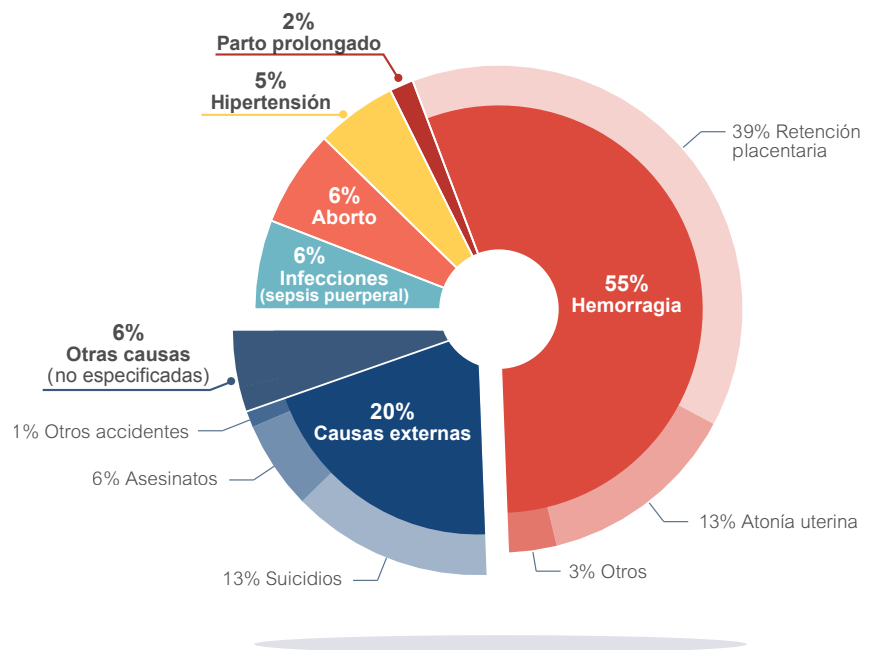
Tabla de ocurrencia de casos por municipio

Municipio	Número de muertes maternas identificadas
El Alto	59
Luribay	17
La Paz	14
Achocalla	12
Caquiaviri	12
Chulumani	12
Batallas	12
Achacachi	6
Calamarca	5
Ichoca	4
Pucarani	4
Coroico	3
Coro Coro	2
Mocomoco	2
Ayata	2
Viacha	2
Colquiri	2
Sica Sica (Villa Aroma)	2
Patacamaya	2
Coripata	2
Caranavi	2
Palca	1
Huarina	1
Puerto Acosta	1
Puerto Carabuco	1
Sorata	1
Tipuani	1
Mapiri	1
Apolo	1
Guaqui	1
San Andres De Machaca	1
Jesus De Machaca	1
Cairoma	1

Municipio	Número de muertes maternas identificadas
Inquisivi	1
Irupana	1
Yanacachi	1
La Asunta	1
Puerto Perez	1
Copacabana	1
Gral. J.J. Perez	1
LA PAZ	200

Causas de la muerte materna en el Departamento de La Paz

Gráfico 10.
Causas directas e indirectas de la muerte materna
La Paz 2011



Las hemorragias constituyen la primera causa de las muertes maternas en La Paz (55%), seguida por causas externas (20%), aborto e infecciones.

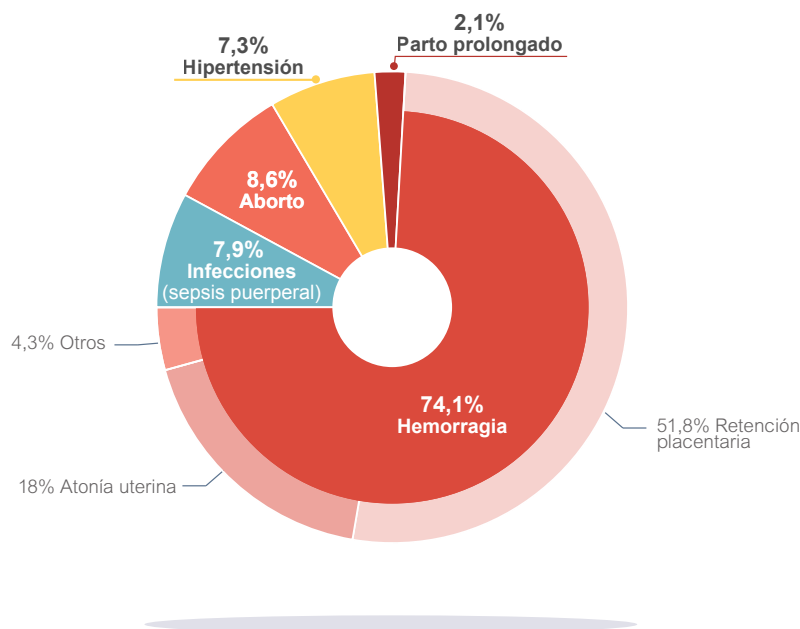


Gráfico 11.
Causas directas de la muerte materna

La Paz 2011

Control prenatal, parto y control post parto de las mujeres fallecidas que recibieron atención por personal de salud

El Gráfico 12 indica el número de mujeres que recibieron atención por personal de salud -ya sea en establecimientos de salud o no- durante su embarazo, parto y post parto o post aborto.

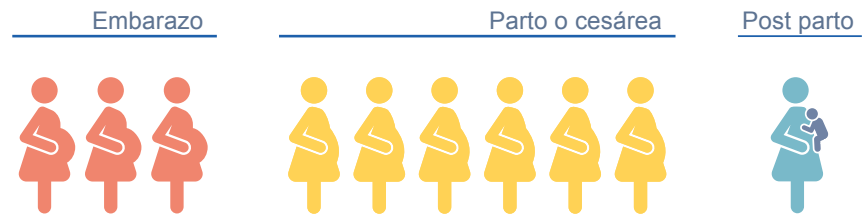


Gráfico 12.
Control prenatal, parto y control post parto de mujeres fallecidas por causa obstétrica que recibieron atención por personal de salud

La Paz 2011

Momento de fallecimiento

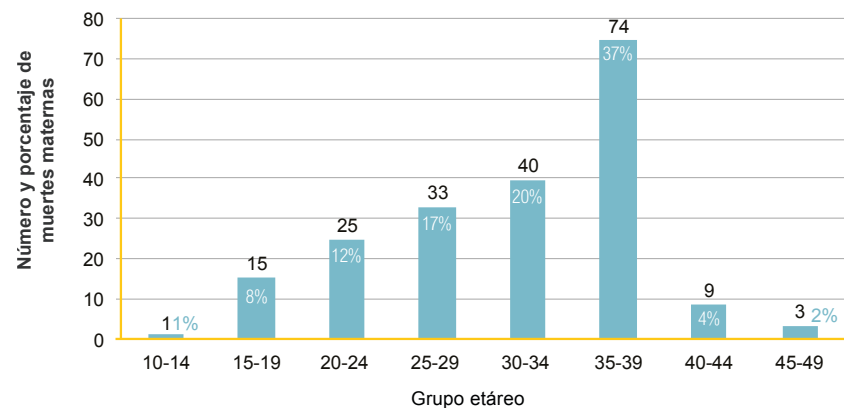
Gráfico 13.
Momento del fallecimiento
La Paz 2011



En el Departamento de La Paz, los casos de muertes maternas ocurren fundamentalmente en el momento del parto o cesárea (60%). El 30% acontece durante el embarazo y el restante 10%, en el postparto.

Edad y Lugar de fallecimiento

Gráfico 14.
Edad al morir, por quinquenio
La Paz 2011



Casi el 60% de las muertes maternas en el Departamento de La Paz ocurren a mujeres entre los 30 a 39 años. Entre mujeres menores de 20 años, se registra un 9% de muertes maternas que incluye una adolescente de 14 años.

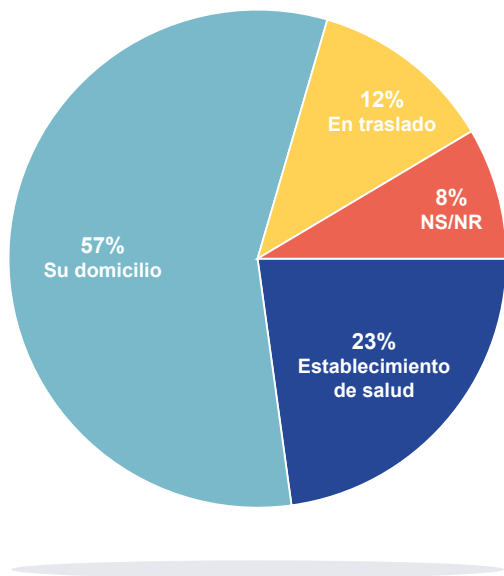


Gráfico 15.
Lugar de la
muerte materna
 La Paz 2011

En el Departamento de La Paz, la mayor parte de las muertes maternas ocurren en el domicilio de las mujeres gestantes (57%). Cabe resaltar el alto porcentaje (12%) de muertes que acontecen durante el traslado a los establecimientos de salud. Cuando se presentan complicaciones, las dificultades existentes para trasladar a las mujeres al establecimiento de salud más cercano son factores que ponen en riesgo sus vidas.

Historia sobre una muerte materna

La señora Justa tuvo 5 hijos. El menor falleció a los 3 meses. Sus primeros 4 partos fueron en domicilio y al menor lo tuvo vía cesárea.

Como cada día, el 11 de mayo salió a pastar sus ovejas. Estaba embarazada aproximadamente de 4 meses y no había hecho ningún control prenatal. Al anochecer experimentó fuertes dolores y sangrado vaginal. A eso de las 3 de la mañana –atendida por su marido- tuvo un “parto”, refieren que el feto ya tenía sus extremidades formadas. Se quedó en cama durante la mañana, y a partir del medio día –al sentirse mejor- realizó sus labores de casa. En la tarde nuevamente sintió fuertes dolores y el sangrado se intensificó. Su esposo buscó a sus padres para que la atiendan.

Dos días después, acudieron al centro de salud en vista de que el sangrado seguía siendo intenso así como los dolores. El médico le dio medicamentos que le aliviaron el dolor, pero el sangrado continuó. Falleció el 14 de mayo en la tarde.

Reflexiones en torno a la situación de la mortalidad materna en el Departamento de La Paz

De acuerdo a algunos de los indicadores de salud presentados en la ENDSA 2008, el 84% de las mujeres embarazadas en el Departamento de La Paz tuvo al menos un control pre-natal y el 58% recibió atención de personal calificado en el parto. Como datos complementarios para orientar la comprensión de la elevada RMM, se anota que tan sólo el 23% de las mujeres en edad fértil usó un método moderno de anticoncepción y se registró un 12% de embarazo adolescente (ENDSA 2008).

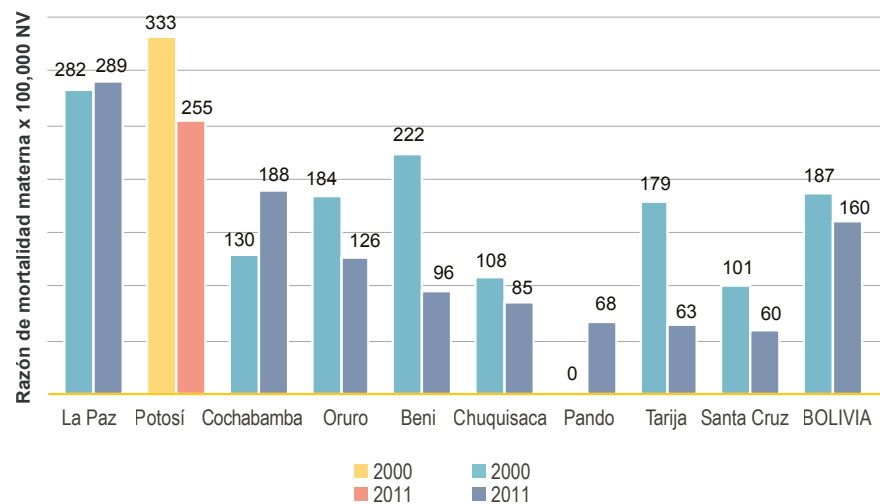
El desafío institucional principal de las autoridades de la Gobernación y municipios, y del personal de salud consiste en extender las coberturas, mejorar la calidad de atención y la capacidad resolutive de los servicios y los sistemas de referencia. Deben además asegurar el buen funcionamiento de la red de cuidados obstétricos y neonatales de emergencia.

Las redes sociales y la comunidad –a su vez- deben garantizar una participación comprometida en la identificación oportuna de los signos de peligro y en los planes de acción para el traslado de mujeres que enfrentan complicaciones.

Mortalidad Materna en el Departamento de Potosí

El 2011, fallecieron 78 mujeres por causa materna en el Departamento de Potosí. La Razón de Mortalidad Materna de Potosí (255 por 100,000 nacidos vivos) es la segunda más alta del país, a pesar de haber registrado una significativa disminución con relación al año 2000.

Gráfico 16.
Razón de mortalidad materna
Potosí 2000 y 2011



En 2011 murieron 78 mujeres. Algunos rasgos del perfil de las mujeres estudiadas que fallecieron en el Departamento de Potosí son:

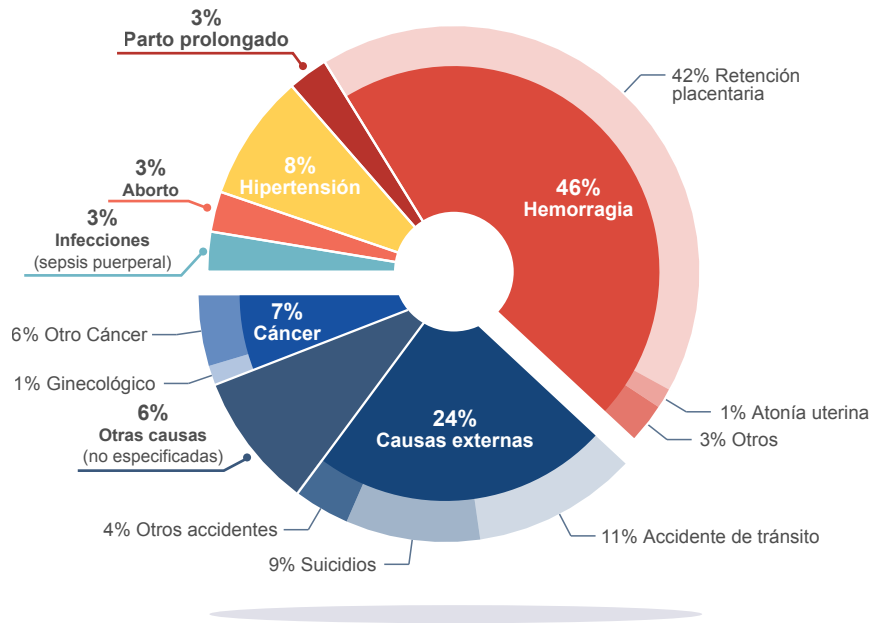
- Más del 60% tenía menos de 6 años de escolaridad.
- El 10% no tenía hijos/as (posiblemente primer embarazo) y el 27% dejó por lo menos 4 hijos en orfandad materna.
- Más del 50% eran mayores de 30 años.

Tabla de ocurrencia de casos por municipio

Municipio	Número de muertes maternas identificadas
Potosí	17
Tinguipaya	9
San Pedro De Buena Vista	9
Sacaca	6
Ravelo	5
Colquechaca	5
Llallagua	4
Uyuni	4
Villazon	3
Colcha K	3
Porco	3
Caiza D	2
Caripuyo	2
Llica	2
Yocalla	1
Chuquiuhuta Ayllu Jucumani	1
Tacobamba	1
Cotagaita	1
Ckochas	1
Total	78

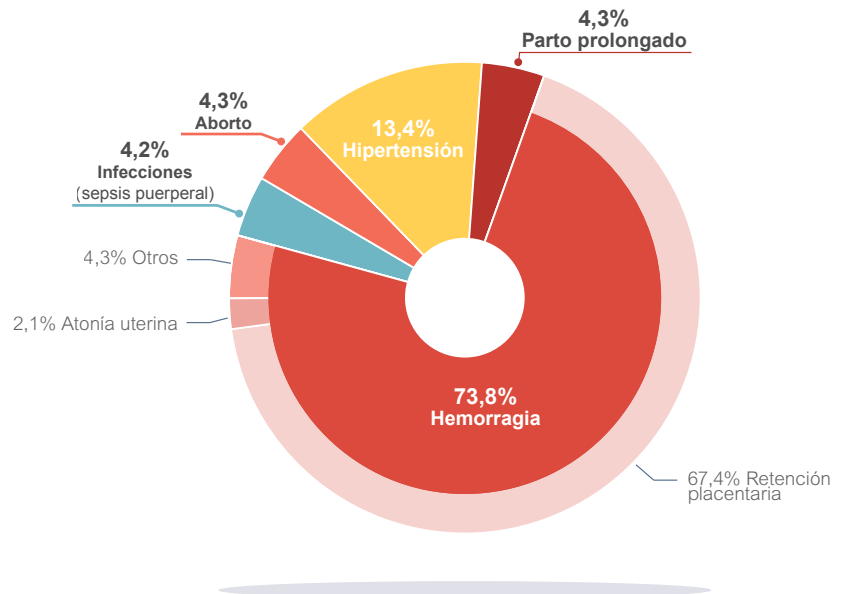
Causas de la muerte materna en el Departamento de Potosí

Gráfico 17.
Causas directas e indirectas de la muerte materna
Potosí 2011



Las hemorragias continúan siendo la mayor causa de muerte materna en Potosí (46%). Más de un tercio se da por causas externas (24%) e hipertensión (8%). Cabe destacar que el porcentaje de otras causas (6%) es alto y exige una mayor indagación sobre el origen de estas muertes.

Gráfico 18.
Causas directas de la muerte materna
Potosí 2011



Control prenatal, parto y control post parto de las mujeres fallecidas que recibieron atención por personal de salud

El Gráfico 19 indica el número de mujeres fallecidas por causas obstétricas, que recibieron atención por personal de salud -ya sea en establecimientos de salud o no- durante su embarazo, parto y post parto o post aborto.



Gráfico 19.
Control prenatal, parto y control post parto o post aborto de mujeres fallecidas por causas obstétricas que recibieron atención por personal de salud

Potosí 2011

Momento de fallecimiento



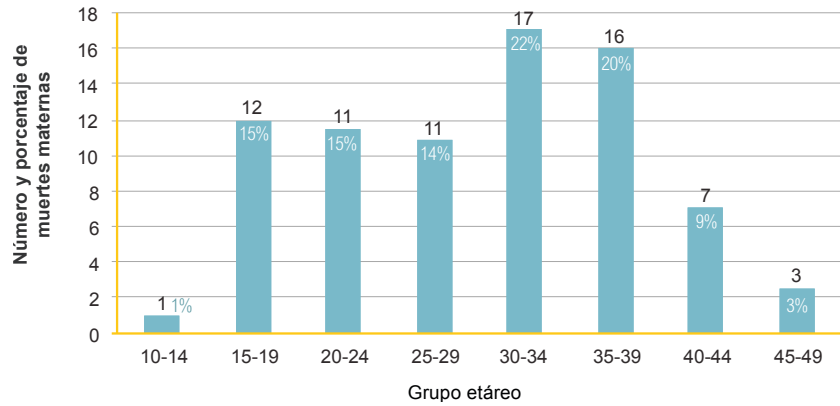
Gráfico 20.
Momento del fallecimiento

Potosí 2011

En el Departamento de Potosí, los casos de muertes maternas ocurren fundamentalmente en el momento del parto o cesárea (50%). En segundo lugar, ocurren en el post parto (30%) y el restante 20% acontece durante el embarazo.

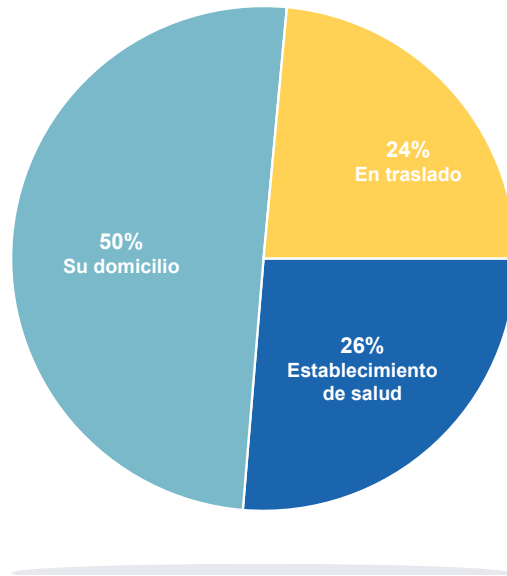
Edad y lugar de fallecimiento

Gráfico 21.
Edad al morir, por quinquenio
Potosí 2011



El 42% de muertes maternas en Potosí ocurre entre mujeres de 30 a 39 años.

Gráfico 22.
Lugar de la muerte materna
Potosí 2011



En el Departamento de Potosí, la mayor parte de las muertes maternas ocurre en el domicilio de las mujeres fallecidas (50%). Por otro lado, es importante resaltar que las muertes maternas en traslado (24%) es una de las más altas del país. Muchas mujeres demoran en tomar la decisión de ir a un establecimiento de salud

cuando se presentan complicaciones y frecuentemente enfrentan dificultades para trasladarse.

A pesar de que Potosí cuenta con 535 establecimientos de salud, muchas mujeres no los utilizan por la no adecuación cultural de los servicios, la falta de respeto a las prácticas culturales durante la atención del parto y la inaccesibilidad geográfica.

Historia sobre una muerte materna

Relata el esposo:

“Mi esposa falleció 3 semanas antes de la festividad de Todos Santos del año 2011, después de estar cuatro días con dolor de estómago. Ella estaba embarazada de 9 meses.

A los tres días del dolor llegó el enfermero y nos comunicó que debía ser referida al hospital. Nos pidió sacarla hasta el camino y él se adelantaría para llamar a la ambulancia, pero el papá de mi esposa se opuso, argumentando que su hija no iría a morir a otro lado y que ahí nomás la salvarían.

Al cuarto día nació el bebé muerto y como quince minutos después murió mi esposa después de sangrado abundante”.

Reflexiones en torno a la situación de la mortalidad materna en el Departamento de Potosí

De acuerdo a algunos de los indicadores de salud presentados en la ENDSA 2008, el 89% de las mujeres embarazadas en el Departamento de Potosí tuvo al menos un control pre-natal y el 47% recibió atención de personal calificado en el parto.

Como datos complementarios para orientar la comprensión de la elevada RMM, se anota que tan sólo el 25% de las mujeres en edad fértil usó un método moderno de anticoncepción y se registró un 19% de embarazo adolescente (ENDSA 2008).

El desafío institucional principal de las autoridades de la Gobernación y municipios de Potosí, y del personal de salud consiste en extender las coberturas de atención por personal especializado principalmente en el momento del parto, mejorar la calidad de atención y la capacidad resolutive de los servicios, organizar una red de centros transfusionales y banco de sangre, y sistemas de referencia funcionales. Asimismo deben asegurar el buen funcionamiento de la red de cuidados obstétricos y neonatales de emergencia.

Las redes sociales y la comunidad –a su vez- deben garantizar una participación comprometida en la elaboración de los planes de parto y en la identificación oportuna de los signos de peligro y en los planes de acción para el traslado de mujeres que enfrentan complicaciones.

Mortalidad Materna en el Departamento de Cochabamba

En el Departamento de Cochabamba 95 mujeres murieron el 2011 por complicaciones durante el embarazo, parto o post parto. La RMM de Cochabamba (188 por 100,000 nacidos vivos) es la tercera más alta del país, registrando un incremento significativo con relación al año 2000.

SERIE: DOCUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

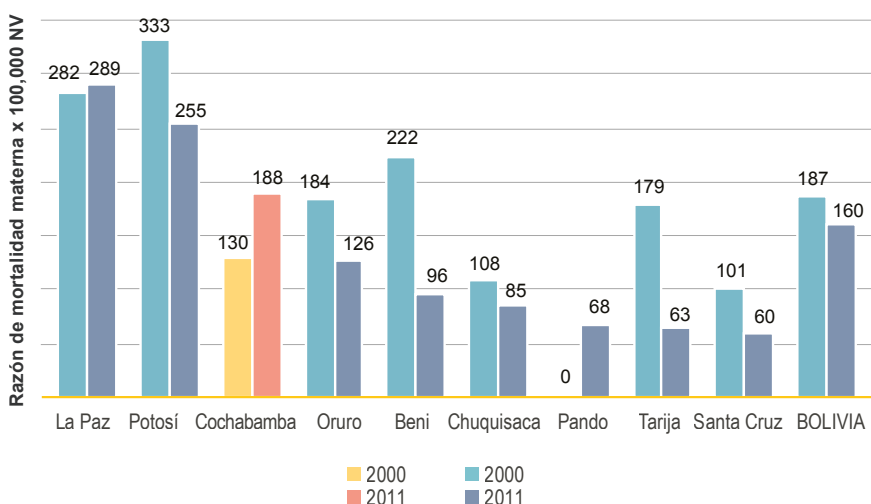


Gráfico 23.
Razón de mortalidad materna
Cochabamba 2011

(*) Se realizó una revisión exhaustiva en la búsqueda de casos duplicados en Cochabamba.

En 2011 murieron 95 mujeres. Algunos rasgos del perfil de las mujeres estudiadas que fallecieron en el Departamento de Cochabamba son:

- El 40% tenía menos de 6 años de escolaridad.
- Más del 60% eran menores de 30 años.
- Todas las mujeres fallecidas tenían hijos, dejando en promedio 3 hijos/as en orfandad materna.
- El 7% de las fallecidas eran menores de 14 años.

Tabla de ocurrencia de casos por municipio

Municipio	Número de muertes maternas identificadas
Cochabamba	22
Villa Tunari	17
Colomi	13
Sacaba	7
Shinaota	7
Tarata	6
Cocapata	3
Puerto Villarroel	3
Pasorapa	3
Sipe Sipe	2
Bolivar	2
Morochata	1
Arque	1
Quillacollo	1
Tapacari	1
Mizque	1
Tacachi	1
Tiraque (Cbba)	1
COCHABAMBA	95

Causas de la muerte materna en el Departamento de Cochabamba

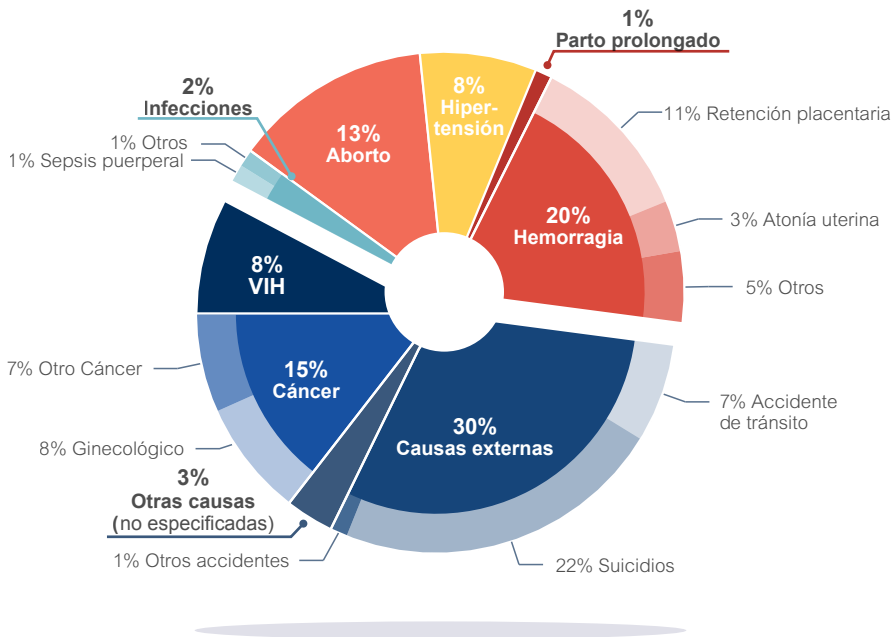
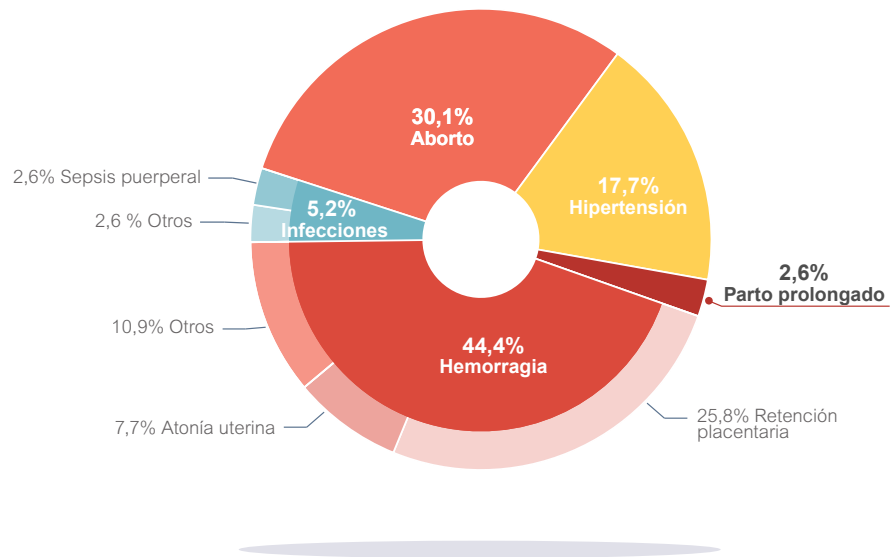


Gráfico 24.
Causas directas e indirectas de la muerte materna
Cochabamba 2011

SERIE: DOCUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

A diferencia de la estructura nacional, la principal causa de muerte materna en Cochabamba se debe a factores externos ligados fundamentalmente a suicidios (22%). Asimismo, las muertes por aborto y cáncer (28%) representan más del doble de las medias nacionales (13%). Llama la atención también el elevado porcentaje de casos asociados al VIH respecto al promedio nacional (8% vs 1%). En lo que sí coincide con la estructura nacional es que las hemorragias continúan siendo una causa importante de muerte materna en este departamento.

Gráfico 25.
Causas directas de la
muerte materna
 Cochabamba 2011



Control prenatal, parto y control post parto de las mujeres fallecidas que recibieron atención por personal calificado

El Gráfico 26 indica el número de mujeres fallecidas por causas obstétricas, que recibieron atención por personal calificado -ya sea en establecimientos de salud o no- durante su embarazo, parto y post parto o post aborto.

Gráfico 26.
Control prenatal,
parto y control post
parto o post aborto de
mujeres fallecidas por
causas obstétricas que
recibieron atención por
personal calificado
 Cochabamba 2011



Momento de fallecimiento



Gráfico 27.
Momento del fallecimiento

Cochabamba 2011

En el Departamento de Cochabamba, los casos de muertes maternas ocurren fundamentalmente durante el post parto (50%). En segundo lugar, ocurren durante el embarazo (40%) y el restante 10% acontece en el parto o cesárea.

Esta información demanda el mejoramiento de la cobertura y calidad de los controles pre y post natales.

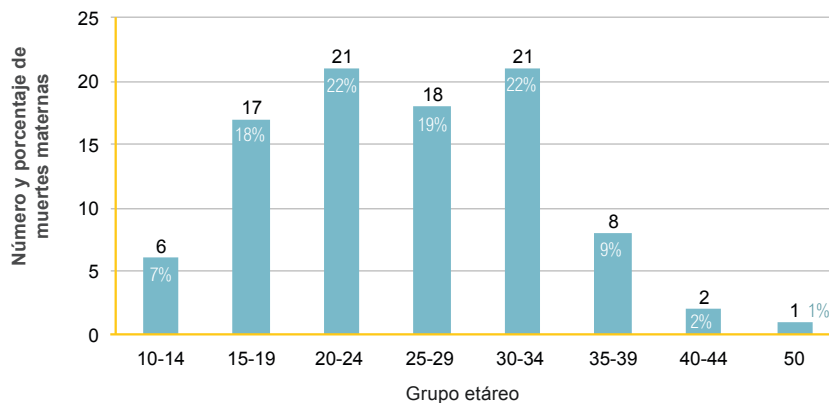
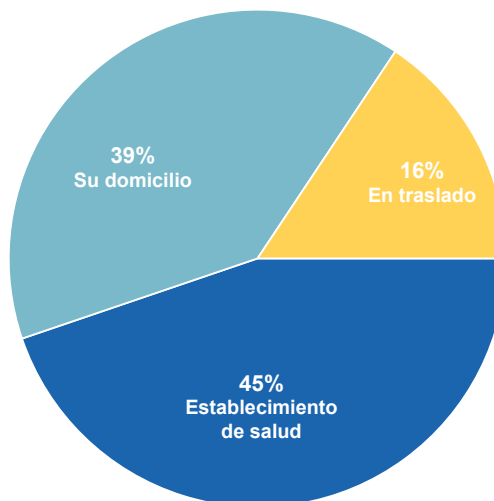


Gráfico 28.
Edad al morir, por quinquenio

Cochabamba 2011

El 81% de las mujeres fallecidas en Cochabamba tienen entre 15 y 34 años de edad, sin variaciones importantes entre los grupos etáreos. Resalta el elevado número de fallecidas en el grupo etario de 10 a 14 años

Gráfico 29.
Lugar de la
muerte materna
Cochabamba 2011



En el Departamento de Cochabamba, la mayor parte de las muertes maternas ocurren en los establecimientos de salud (45%). Este hecho posiblemente se deba a una demanda de atención tardía o a una capacidad resolutoria insuficiente de los servicios.

Historia sobre una muerte materna

Relata la hermana que “Juana tenía ya cinco hijos y tenía 40 años. Sólo estudió hasta 2do año de primaria, hablaba quechua”. Cuando llegó la hora del parto tuvo dolores más o menos por 8 horas. La ayudaron un familiar y su cuñada. Cerca de la media noche nació el bebé. No podía expulsar la placenta, empezó a sudar frío, a ponerse pálida y falleció a las 2 de la mañana. La familia no buscó ayuda porque no hay un centro de salud en esa comunidad y como era de noche, consideraron que iba a ser difícil conseguir traslado ya que la distancia al centro de salud más cercano era muy grande.

La hermana sabe que doña Juana hizo sus controles prenatales, pero no recibía el Bono Juana Azurduy. El bebé nació bien, pero murió pocas semanas después.

Reflexiones en torno a la situación de la mortalidad materna en el Departamento de Cochabamba

De acuerdo a algunos de los indicadores de salud presentados en la ENDSA 2008, el 89 % de las mujeres embarazadas en el Departamento de Cochabamba tuvo al menos un control pre-natal y el 64% recibió atención de personal calificado en el parto.

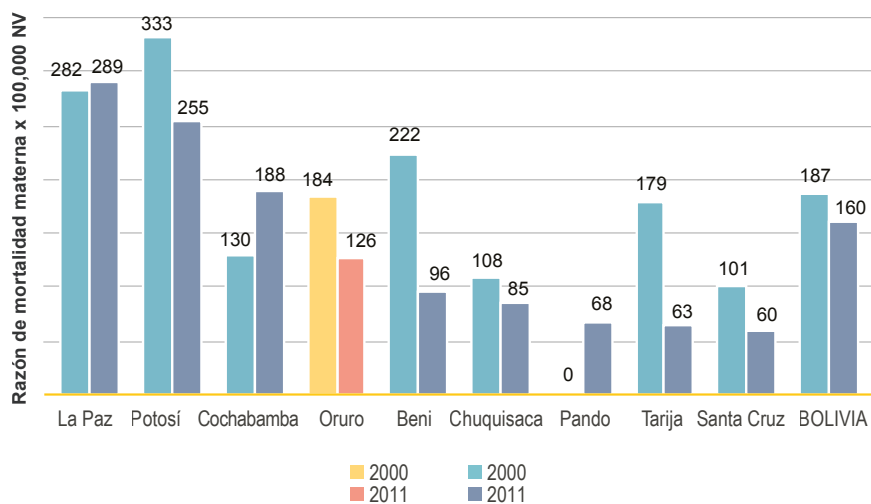
Como datos complementarios para orientar la comprensión de la elevada RMM, se anota que tan sólo el 32% de las mujeres en edad fértil usó un método moderno de anticoncepción y se registró un 19% de embarazo adolescente (ENDSA 2008).

El desafío de las autoridades de la Gobernación y municipios es desarrollar acciones intersectoriales de prevención del suicidio, embarazo no deseado, VIH y cáncer. Es de vital importancia mejorar la capacidad resolutive y la calidad de los servicios y de los sistemas de referencia. Asimismo, urge fomentar acciones para que las autoridades de la comunidad apoyen y aseguren el acceso oportuno de las mujeres a los servicios de salud.

Mortalidad Materna en el Departamento de Oruro

El 2011, fallecieron 24 mujeres por causa materna en el Departamento de Oruro. La Razón de Mortalidad Materna de Oruro (126 por 100,000 nacidos vivos) se sitúa por debajo de la media nacional y muestra una disminución importante con relación al año 2000.

Gráfico 30.
Razón de mortalidad materna
Oruro 2000 y 2011



En 2011 murieron 24 mujeres. Algunos rasgos del perfil de las mujeres estudiadas que fallecieron en el Departamento de Oruro son:

- El 35% tenía menos de 6 años de escolaridad.
- El 4% no tenía hijos/as (posiblemente primer embarazo) y casi la mitad dejó 3 hijos/as en orfandad materna.
- Más del 70% eran menores de 35 años.

Tabla de ocurrencia de casos por municipio

Municipio	Número de muertes maternas identificadas
Oruro	17
Machacamarca	2
Caracollo	1
Corque	1
Antequera	1
Sabaya	1
Santiago De Huari	1
Oruro	24

Causas de la muerte materna en el Departamento de Oruro

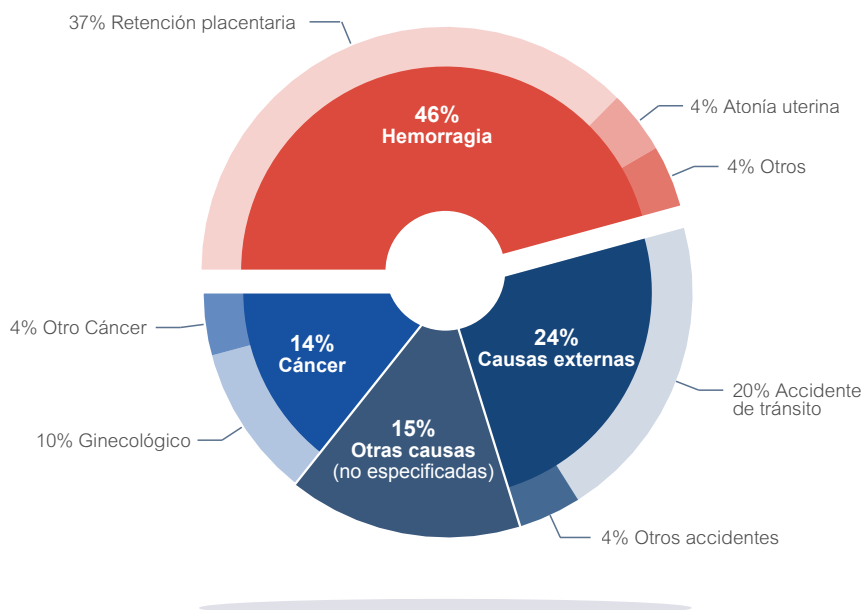
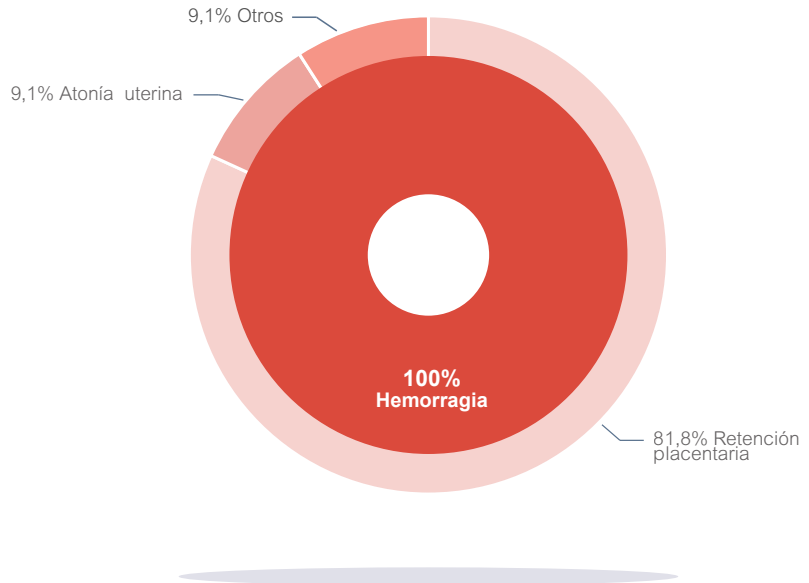


Gráfico 31.
Causas directas e indirectas de la muerte materna

Oruro 2011

La principal causa de muerte materna en Oruro son las hemorragias (46%). A diferencia de la estructura nacional, llama la atención el elevado porcentaje de muertes maternas indirectas por causa del cáncer (14%).

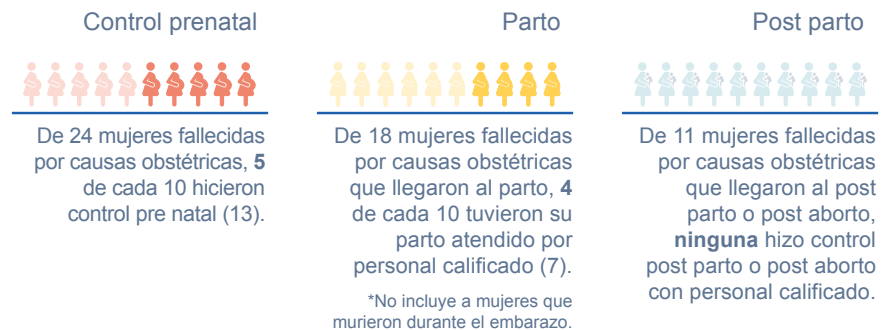
Gráfico 32.
Causas directas de la muerte materna
Oruro 2011



Control prenatal, parto y control post parto de las mujeres fallecidas que recibieron atención por personal de salud

El Gráfico 33 indica el número de mujeres fallecidas por causas obstétricas, que recibieron atención por personal de salud -ya sea en establecimientos de salud o no- durante su embarazo, parto y post parto o post aborto.

Gráfico 33.
Control prenatal, parto y control post parto o post aborto de mujeres fallecidas por causas obstétricas que recibieron atención por personal de salud
Oruro 2011



Momento de fallecimiento



Gráfico 34.
Momento del fallecimiento

Oruro 2011

En el Departamento de Oruro, la mitad de los casos de muertes maternas ocurre durante el parto o cesárea (50%).

Edad y lugar de fallecimiento

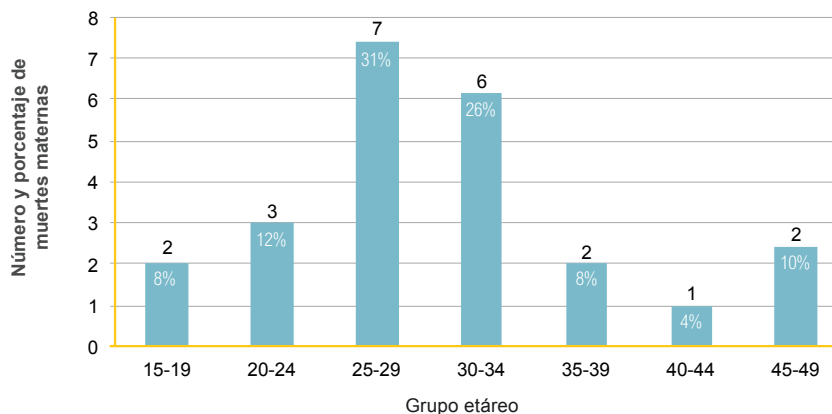


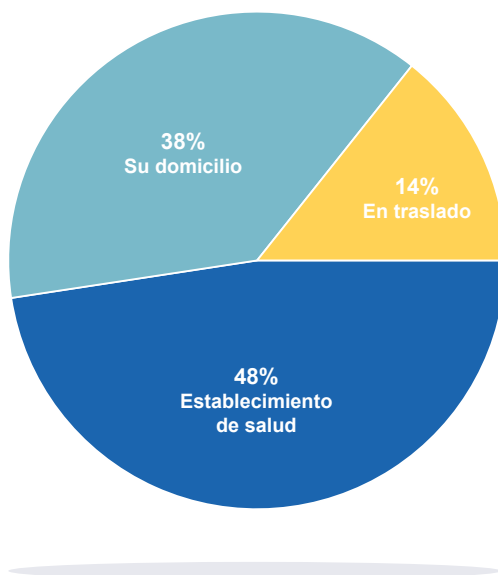
Gráfico 35.

Edad al morir, por quinquenio

Oruro 2011

El 57% de los casos se encuentra en los grupos de 25 a 34 años. No se registra muertes de mujeres menores de 15 años.

Gráfico 36.
Lugar de la
muerte materna
Oruro 2011



En el Departamento de Oruro, la mortalidad materna en establecimientos de salud (48%) tiene uno de los porcentajes más altos del país. Este hecho posiblemente se deba a una demanda de atención tardía o a una capacidad resolutive insuficiente en los servicios.

Historia sobre una muerte materna

Relata la tía:

“Mi sobrina tenía 22 años y estaba separada de su expareja por maltrato físico. Tenía tres hijos, el primero con otra pareja. Su embarazo estaba a término. Meses antes se había quejado de hinchazón en los pies y pocos días antes del parto, se quejó de dolor en la espalda, por lo que consultó a la partera.

“El día del parto, a las nueve de la noche, nació el bebé hombre sin dificultad alguna. Fue atendida por mí y mi esposo. Luego nos fuimos dejándola a la espera de que salga la placenta. Tipo dos de la mañana nos llamaron para avisarnos que no salía la placenta y que se quejaba de dolor fuerte. Fuimos a la casa y mi esposo notó que había sangrado. Pidió a la madre de mi sobrina que llame al personal de salud, lo cual ella se negó a hacer y se molestó. Horas más tarde volvieron a llamar y mi esposo ayudó a levantarla del piso y vestirla. Seguía sangrando pero estaba consciente. Nuevamente se insistió en pedir ayuda pero la madre vuelve a negar hacerlo. Dijo que esperaba a su esposo y que confiaba en él.

Al ver que la placenta no salía, decidieron llamar a la partera quien vive a una cuadra de la casa. Ella la revisó y le hizo soplar una botella. Le dio unos mates para expulsar la placenta. Mi sobrina se negó a tomar los mates, se tapó la cara y no quería llamar a nadie diciendo que quería morirse. La partera les dijo que había que llamar a la enfermera del centro de salud, pero se volvieron a negar. Ya a las ocho o nueve de la mañana volvieron a llamar a la partera quien sacó la placenta con su mano y mi sobrina murió”.

Reflexiones en torno a la situación de la mortalidad materna en el Departamento de Oruro

De acuerdo a algunos de los indicadores de salud presentados en la ENDSA 2008, el 89% de las mujeres embarazadas en el Departamento de Oruro tuvo al menos un control pre-natal y el 58% recibió atención de personal calificado en el parto. Otro indicador importante a señalar es que el embarazo adolescente es de 16% (ENDSA, 2008).

El desafío institucional principal de las autoridades de la Gobernación y municipios de Oruro, y del personal de salud consiste en extender las coberturas, mejorar la calidad de la atención y la capacidad resolutive de los servicios, organizar los sistemas de referencia y desarrollar acciones preventivas del cáncer ginecológico. Asimismo, es importante asegurar el buen funcionamiento de la red de cuidados obstétricos y neonatales de emergencia.

Las redes sociales y la comunidad –a su vez- deben garantizar la elaboración del plan de parto consensuado y la participación comprometida en la identificación oportuna de los signos de peligro y en los planes de acción para el traslado de mujeres que enfrentan complicaciones.

Mortalidad Materna en el Departamento del Beni

El 2011, fallecieron 29 mujeres por causa materna en el Departamento del Beni. La Razón de Mortalidad Materna de Beni (96 por 100,000 nacidos vivos) se sitúa por debajo de la media nacional y muestra la mayor disminución con relación al año 2000.

Más de la mitad de estas muertes ocurre en las zonas rurales y se producen a edades más tempranas que en el resto del país.

SERIE: DOCUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

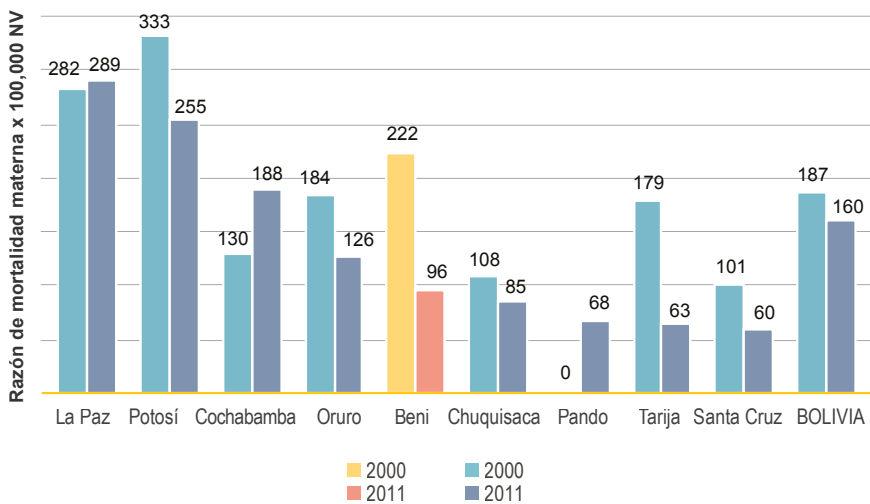


Gráfico 37.
Razón de mortalidad materna
Beni 2000 y 2011

En 2011 murieron 29 mujeres. Algunos rasgos del perfil de las mujeres estudiadas que fallecieron en el Departamento del Beni son:

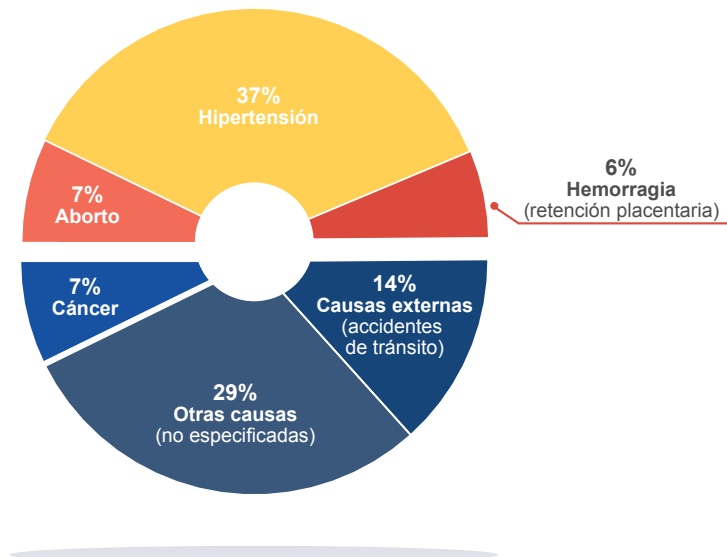
- El 35% tenía menos de 6 años de escolaridad.
- El 10% no tenía hijos/as (posiblemente primer embarazo) y casi la mitad dejó 3 hijos/as en orfandad materna.
- Un tercio de las muertes corresponde al grupo etáreo de 15 a 19 años. Se trata de la mortalidad más joven del país.

Tabla de ocurrencia de casos por municipio

Municipio	Número de muertes maternas identificadas
Riberalta	8
Trinidad	5
Rurrenabaque	4
San Borja	3
Reyes	3
San Joaquin	2
Magdalena	2
San Ignacio	2
Beni	29

Causas de la muerte materna en el Departamento del Beni

Gráfico 38.
Causas directas e indirectas de la muerte materna
Beni 2011



A diferencia de la estructura nacional, la principal causa de muerte materna en el Departamento del Beni es la hipertensión con un 37%, seguida por otras causas (29%) y causas externas

(14%). Urge analizar esta situación para poder determinar acciones específicas que respondan a estas causas.

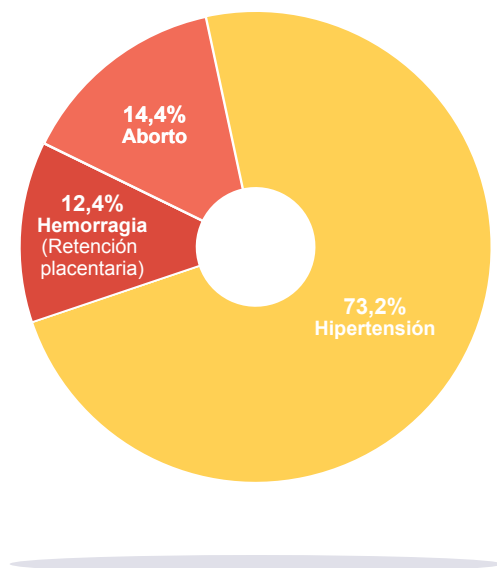


Gráfico 39.
Causas directas de la muerte materna

Beni 2011

Control prenatal, parto y control post parto de las mujeres fallecidas que recibieron atención por personal de salud

El Gráfico 40 indica el número de mujeres fallecidas por causas obstétricas, que recibieron atención por personal de salud -ya sea en establecimientos de salud o no- durante su embarazo, parto y post parto o post aborto.

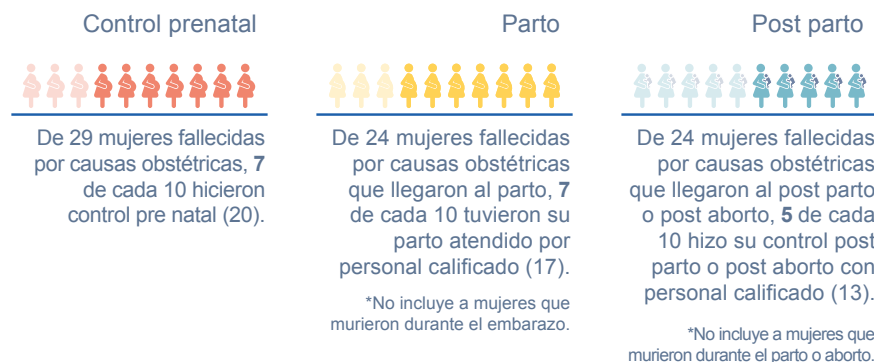


Gráfico 40.
Control prenatal, parto y control post parto o post aborto de mujeres fallecidas por causas obstétricas que recibieron atención por personal de salud

Beni 2011

Momento de fallecimiento

Gráfico 41.
Momento del fallecimiento

Beni 2011

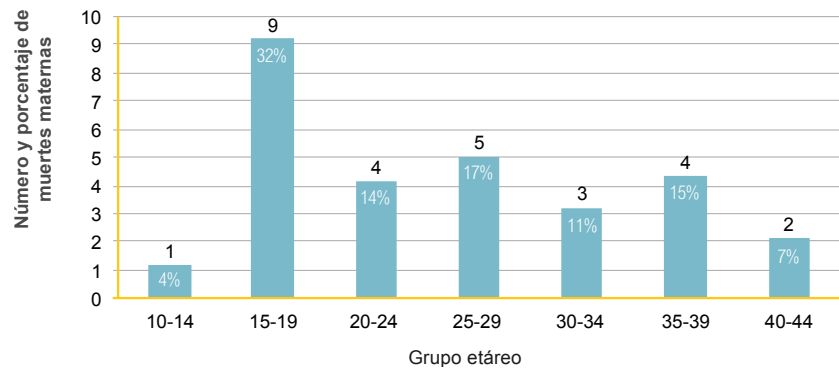


En el Departamento del Beni, el mayor porcentaje de las muertes ocurren durante el post parto (70%). Esta información tendrá que ser tomada en cuenta para mejorar el seguimiento que se realiza a las mujeres que dan a luz.

Edad y lugar de fallecimiento

Gráfico 42.
Edad al morir, por quinquenio

Beni 2011



El mayor porcentaje de muerte materna en el Beni se da en el grupo etáreo de 15 a 19 años (32%). Ello, sumado al hecho de que se reporte 1 muerte materna a la edad de 14 años, debe ser tomado en cuenta como una llamada de atención especial.

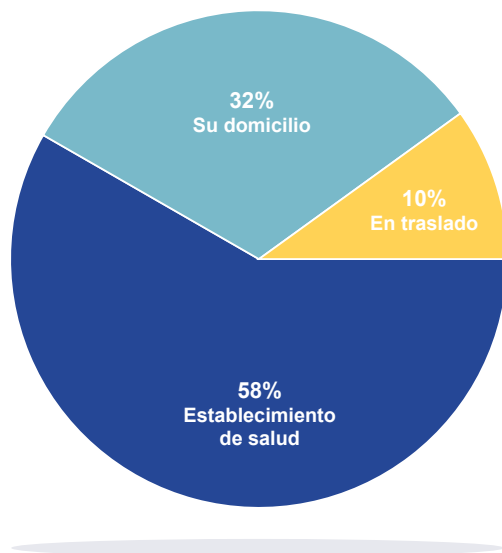


Gráfico 43.
Lugar de la
muerte materna
Beni 2011

El Beni cuenta con 210 establecimientos de salud, siendo éste el lugar en el que más de la mitad de las muertes de mujeres ocurre. Son eslabones críticos para que se dé esta situación:

- la ausencia de personal médico,
- la limitada capacidad del personal de salud en la atención de complicaciones obstétricas,
- la falta de medios de comunicación y transporte para hacer una referencia oportuna.

Historia sobre una muerte materna

Camila tenía 18 años cuando se embarazó por primera vez. Cuenta su suegra que la llevaron al hospital por los dolores que empezaron a las 9 de la noche. Ahí la examinó el médico y dijo que “faltaba”, que regrese a su casa. Ya en la casa, los dolores aumentaron por lo que volvieron al hospital como a media noche. Ella estaba más fatigada. Otra vez el doctor dijo “falta, que vuelva a su casa o que pasee en la sala”.

“Entonces me la llevé a mi casa y como a las 5.00 de la mañana, la volví a llevar al hospital y ahí le dije a la licenciada que no la puede regresar otra vez porque estaba más fatigada. El doctor insistió que todavía faltaba dilatar, pero esta vez la internaron y le dijeron que le iban a hacer una cesárea a las 7.00. Le pusieron un suero, así pasaron las horas... Ya eran las 9.00 y no le habían hecho la cesárea. Me hicieron firmar unos papeles y yo la noté más fatigada. Salió el doctor y preguntó por los familiares. Entré a verla y tenía moretones en todo el cuerpo, se paseaba fatigada y me dijo “no quiero perder a mi bebé”. Entonces le reclamé al doctor porque me la tenían así y él me preguntó “¿qué le dieron en la casa?”. Le dije que nada y entonces dijo que entrará a cirugía... Ya eran las 10 de la mañana, la pesaron y todos la atendieron recién. Pidieron sangre y mi hijo salió a buscar. Otra vez preguntaron por un familiar...me dijeron ‘pasen a verla que ya falleció’”.

Reflexiones en torno a la situación de la mortalidad materna en el Departamento del Beni

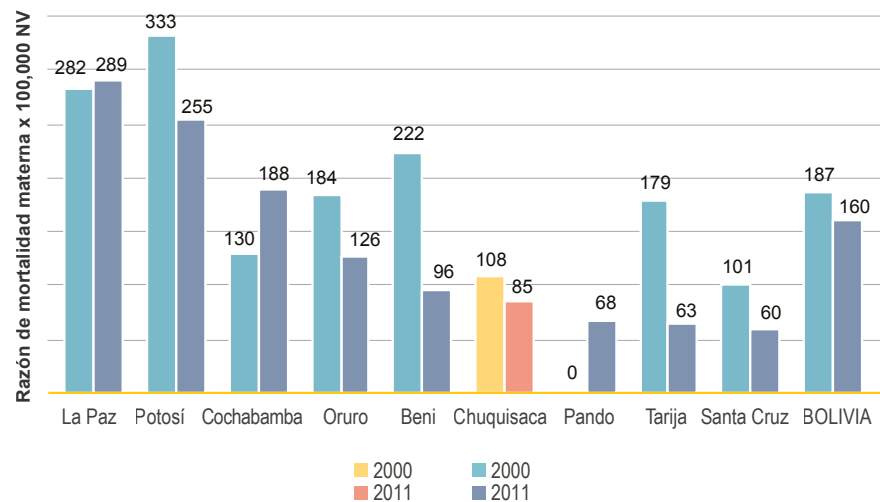
De acuerdo a algunos de los indicadores de salud presentados en la ENDSA 2008, el 92% de las mujeres embarazadas en el Departamento del Beni tuvo al menos un control pre-natal y el 75% recibió atención de personal calificado en el parto. Asimismo, el embarazo adolescente asciende a 32%, porcentaje muy superior al registrado en otros departamentos (ENDSA, 2008).

El desafío de las autoridades de la Gobernación y municipios, así como de las y los proveedores de salud y de la comunidad es desarrollar acciones para reducir el número de embarazos no deseados, asegurando el acceso a la educación de las mujeres y poniendo énfasis en la necesidad de generar las condiciones propicias que conduzcan a su empoderamiento. Paralelamente, resulta vital intensificar acciones para prevenir la hipertensión y mejorar los servicios de control prenatal y postnatal para la detección temprana de esta complicación del embarazo.

Mortalidad Materna en el Departamento de Chuquisaca

El 2011, fallecieron 27 mujeres por complicaciones del embarazo, parto y post parto en el Departamento de Chuquisaca. La Razón de Mortalidad Materna de Chuquisaca (85 por 100,000 nacidos vivos) se sitúa por debajo de la media nacional y muestra una disminución de más del 20% con relación al año 2000.

Gráfico 44.
Razón de mortalidad materna
Chuquisaca 2000 y 2011



En 2011 murieron 27 mujeres. Algunos rasgos del perfil de las mujeres estudiadas que fallecieron en el Departamento de Chuquisaca son:

- La inequidad también se refleja en el nivel de escolaridad. Las mujeres que más mueren son las que no accedieron a la escuela o que la abandonaron antes de concluir el nivel básico.

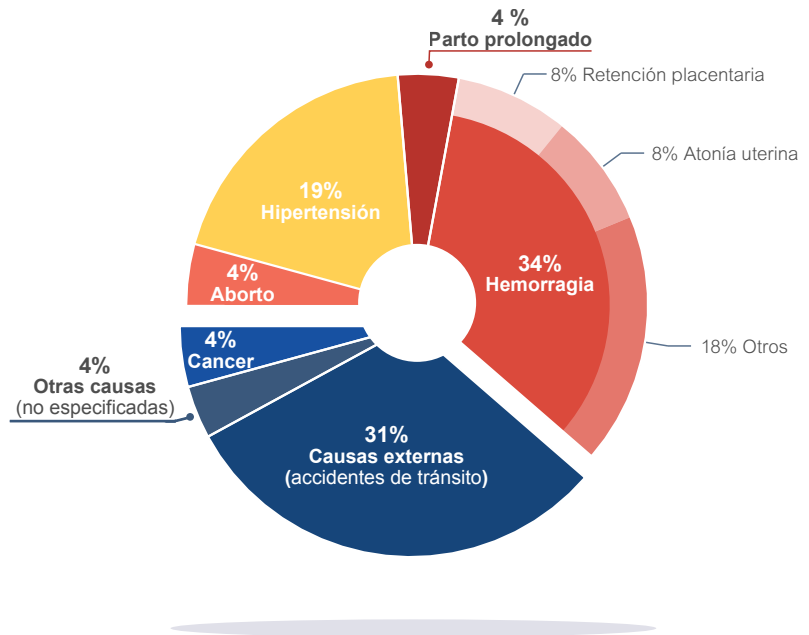
- El 7% no tenía hijos/as (posiblemente primer embarazo). Las otras dejan en orfandad materna a 3 hijos/as en promedio.
- Más del 60% eran menores de 30 años.

Tabla de ocurrencia de casos por municipio

Municipio	Número de muertes maternas identificadas
Sucre	9
San Lucas	3
Icla	2
Azurduy	2
Padilla	2
Yotala	2
Tarvita	2
Culpina	1
Machareti	1
El Villar	1
Yamparaez	1
Camargo	1
Chuquisaca	27

Causas de la muerte materna en el Departamento de Chuquisaca

Gráfico 45.
Causas directas e indirectas de la muerte materna
Chuquisaca 2011



Las hemorragias son la principal causa de muerte materna en el Departamento de Chuquisaca (34%), registrándose un 19% de muertes por hipertensión, 4% por aborto y parto prolongado con 4% respectivamente.

Chuquisaca destaca como el departamento que tiene el mayor porcentaje de muertes por causas externas en todo el país. El 31% de las muertes registradas en mujeres gestantes fue a consecuencia de accidentes de tránsito, 4% por cáncer y otro 4% por otras causas.

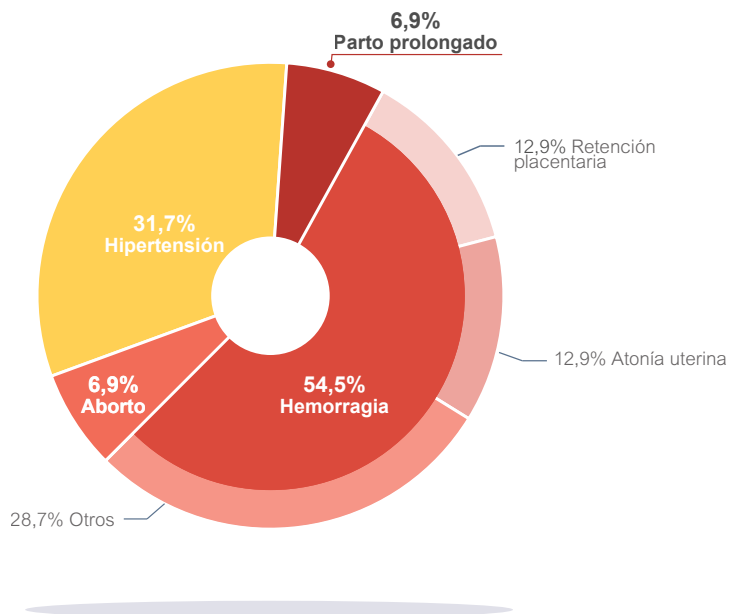


Gráfico 46.
Causas directas de la muerte materna

Chuquisaca 2011

Control prenatal, parto y control post parto de las mujeres fallecidas que recibieron atención por personal de salud

El Gráfico 47 indica el número de mujeres fallecidas por causas obstétricas, que recibieron atención por personal de salud -ya sea en establecimientos de salud o no- durante su embarazo, parto y post parto o post aborto.

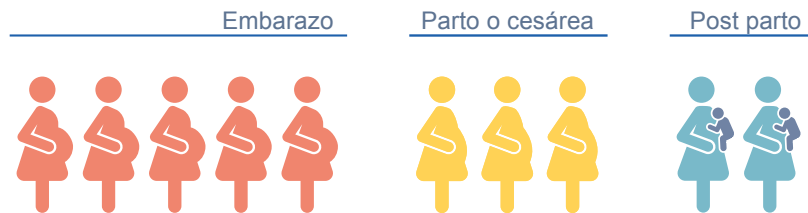


Gráfico 47.
Control prenatal, parto y control post parto o post aborto de mujeres fallecidas por causas obstétricas que recibieron atención por personal de salud

Chuquisaca 2011

Momento de fallecimiento

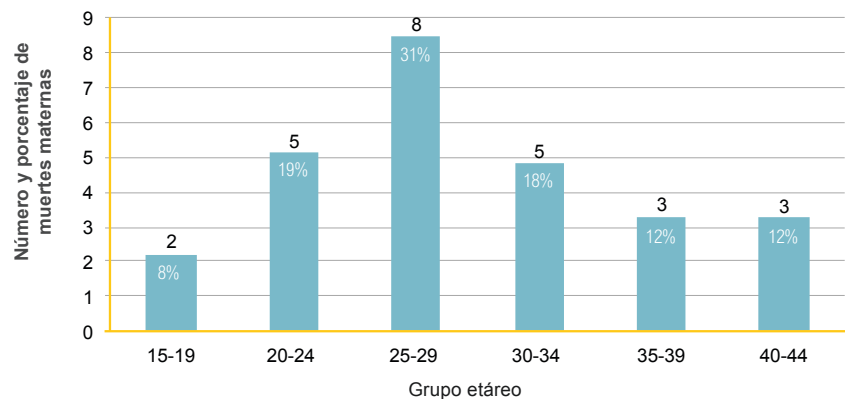
Gráfico 48.
Momento del fallecimiento
Chuquisaca 2011



En el Departamento de Chuquisaca, los casos de muertes maternas ocurren fundamentalmente en el momento del embarazo, después de los cinco meses (50%). En segundo lugar, ocurren en el parto o cesárea (30%) y el restante 20% acontece durante el post parto.

Edad y lugar de fallecimiento

Gráfico 49.
Edad al morir, por quinquenio
Chuquisaca 2011



Casi el 70% de las fallecidas tienen entre 20 y 34 años de edad.

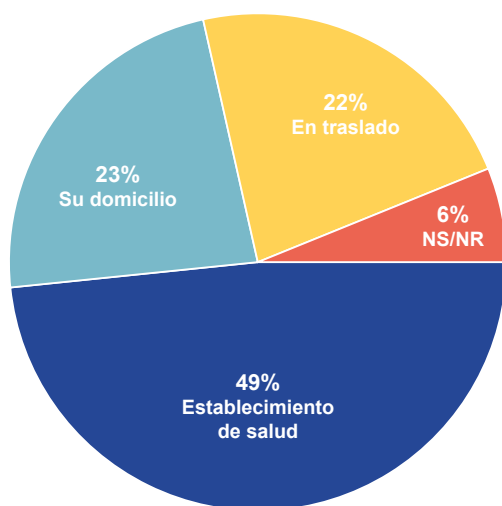


Gráfico 50.
Lugar de la
muerte materna

Chuquisaca 2011

En el Departamento de Chuquisaca, la mayor parte de las muertes maternas ocurre en los establecimientos de salud (49%). El lugar del 45% de las muertes se divide casi por igual entre domicilio (23%) y en traslado (22%). El transporte continúa siendo un factor que limita el uso de los servicios de salud en este departamento.

Historia sobre una muerte materna

La señora Ana tenía 41 años y 9 hijos, cursaba su décimo embarazo. Hizo dos controles prenatales. Como a las 8 de la noche empezaron los dolores. Al día siguiente, su hijo solicitó al hospital que envíe una ambulancia para recogerla. El parto fue atendido por personal de salud, nació una niña saludable. Al día siguiente fue dada de alta y la ambulancia la dejó en su casa. Ella se sintió bien los primeros días, pero luego empezó a sentir fuertes dolores de cabeza y de estómago y sangrado intenso. El hijo comunicó esta situación al hospital y la fueron a recoger de emergencia. Falleció poco después de llegar al establecimiento de salud.

Reflexiones en torno a la situación de la mortalidad materna en el Departamento de Chuquisaca

Como datos complementarios para orientar la comprensión de la elevada RMM, se anota que tan sólo el 38% de las mujeres en edad fértil usó un método moderno de anticoncepción y se registró un 17% de embarazo adolescente (ENDSA 2008).

De acuerdo a algunos de los indicadores de salud presentados en la ENSA 2008, el 95% de las mujeres embarazadas en el Departamento de Chuquisaca tuvo al menos un control prenatal y el 73% recibió atención de personal calificado en el parto.

El principal desafío institucional de las autoridades de la Gobernación y municipios de Chuquisaca y del personal de salud consiste en extender las coberturas, mejorar la calidad de la atención y la capacidad resolutive de los servicios, organizar los sistemas de referencia y asegurar el buen funcionamiento de la red de cuidados obstétricos y neonatales de emergencia.

Las redes sociales y la comunidad –a su vez- deben garantizar la elaboración del plan de parto consensuado y la participación comprometida en la identificación oportuna de los signos de peligro y en los planes de acción para el traslado de mujeres que enfrentan complicaciones.

Mortalidad Materna en el Departamento de Pando

En el período en que se realizó la Encuesta Postcensal del 2000, no se reportó muertes maternas en el Departamento de Pando. Cabe hacer notar que esto no es equivalente a decir que no ocurrieron.

Para el año 2011, se identificó 3 muertes¹ de mujeres por causa materna. Conviene destacar el tamaño poblacional de este departamento para entender adecuadamente este dato en el contexto nacional. La RMM (68 por 100 000 nacidos vivos) se sitúa por debajo de la media nacional.

SERIE: DOCUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

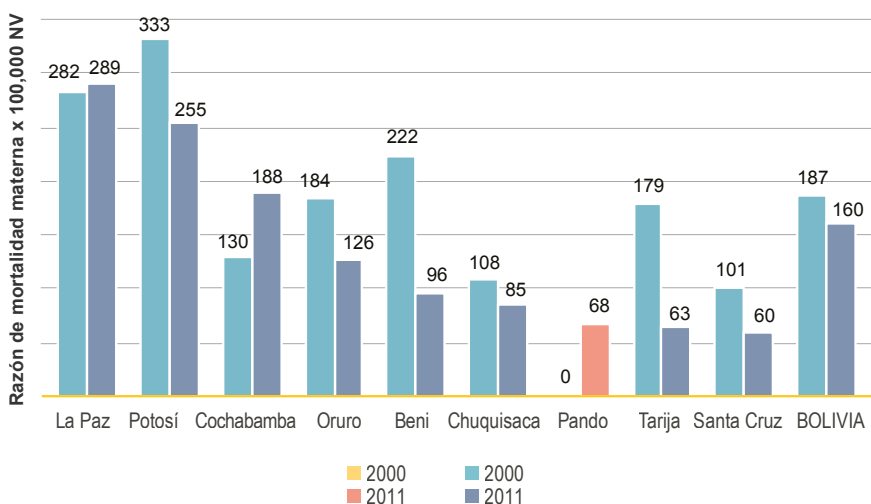


Gráfico 51.
Razón de mortalidad materna
Pando 2000 y 2011

¹ Por formato de documento, se incluye gráficos similares a los otros departamentos.

En 2011 murieron 3 mujeres. El perfil de las mujeres estudiadas que fallecieron en el Departamento de Pando es:

- Dos tienen más de 6 años de escolaridad.
- Dos tienen entre 20 y 24 años de edad.
- Una dejó 5 hijos/as en orfandad materna; la otra, 4; y la tercera, 2.

Tabla de ocurrencia de casos por municipio

Municipio	Número de muertes maternas identificadas
Eureka (Santos Mercado)	1
San Pedro(Pnd)	1
Puerto Rico	1
Pando	3

Causas de la muerte materna en el Departamento de Pando

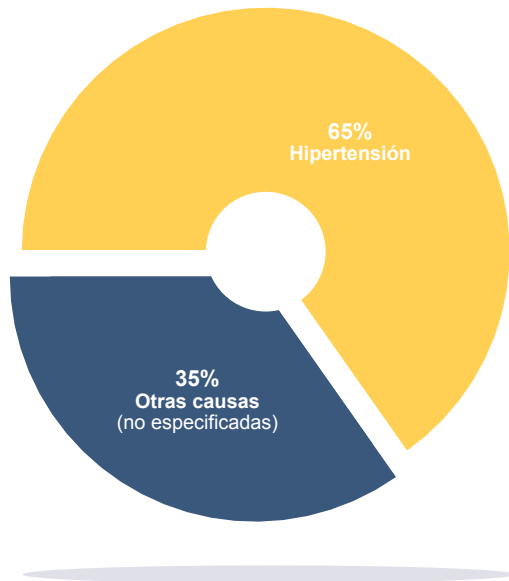


Gráfico 52.
Causas directas e indirectas de la muerte materna

Pando 2011

La causa de muerte materna de dos de las tres mujeres fallecidas en Pando es la hipertensión. La tercera murió por otras causas.

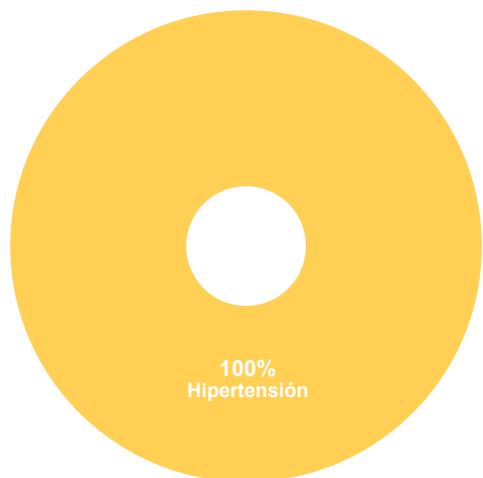


Gráfico 53.
Causas directas de la muerte materna

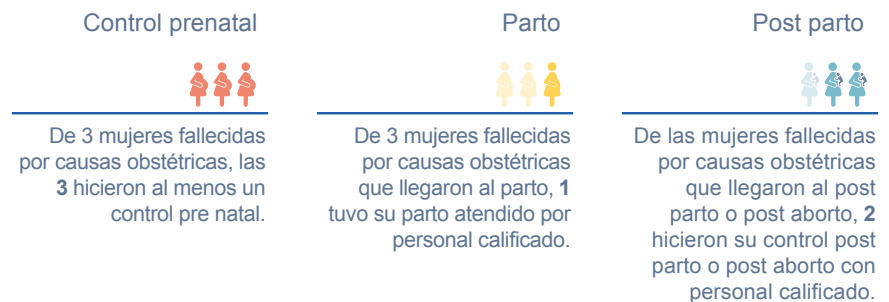
Pando 2011

Control prenatal, parto y control post parto de las mujeres fallecidas que recibieron atención por personal de salud

El Gráfico 54 indica el número de mujeres fallecidas por causas obstétricas, que recibieron atención por personal de salud -ya sea en establecimientos de salud o no- durante su embarazo, parto y post parto o post aborto.

Gráfico 54.
Control prenatal, parto y control post parto o post aborto de mujeres fallecidas por causas obstétricas que recibieron atención por personal de salud

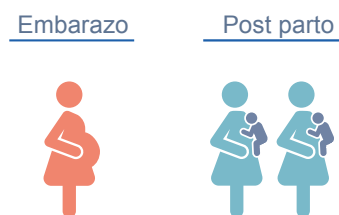
Pando 2011



Momento de fallecimiento

Gráfico 55.
Momento del fallecimiento

Pando 2011



En el Departamento de Pando, 2 casos de muertes maternas ocurrieron durante el post parto y 1 durante el embarazo.

Edad y lugar de fallecimiento

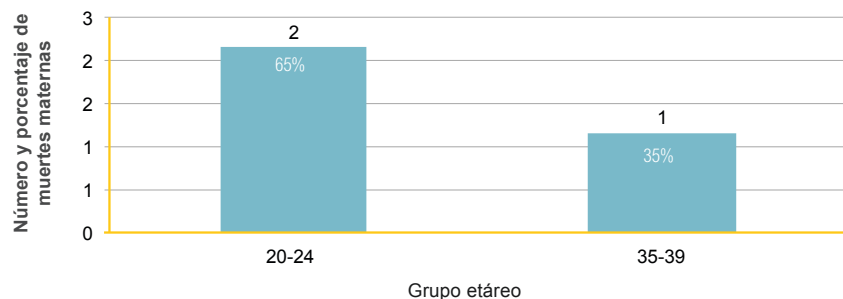


Gráfico 56.
Edad al morir, por quinquenio

Pando 2011

De las 3 muertes maternas ocurridas en Pando, 2 mujeres tenían entre 20 – 24 años y una, entre 35 – 39 años de edad.

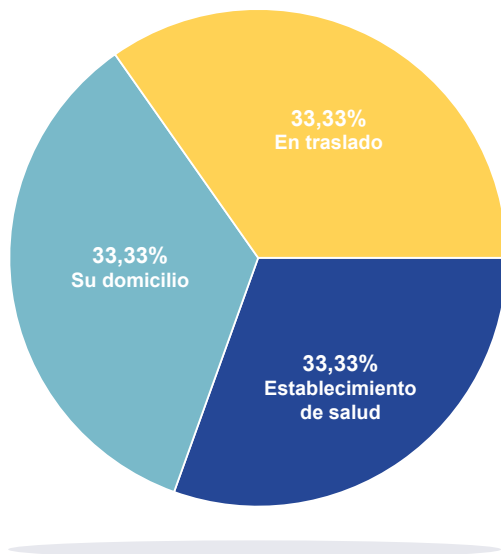


Gráfico 57.
Lugar de la muerte materna

Pando 2011

En el Departamento de Pando, de las tres muertes maternas reportadas: una mujer falleció en domicilio, otra en un establecimiento de salud y la tercera, durante el traslado.

Pando cuenta con 77 establecimientos de salud, de los cuales más del 90% están ubicados en el área rural con una precaria vinculación caminera que es interrumpida en ciertas épocas del año por riadas.

Historia sobre una muerte materna

María estaba embarazada. Tenía 38 años y 5 hijos, era del pueblo cavineño. Un día en abril, la mandaron a llamar a la radio de comunicación para conversar con un familiar. Luego de la charla, mientras volvía a su casa, tuvo fuertes dolores en el estómago. Se desmayó cerca de la escuela y empezó a botar espuma por la boca.

Los familiares buscaron ayuda para salir a la ciudad, la llevaban cargada. Falleció en el camino, cerca a las 9:00 de la mañana, camino al puesto de salud. Los familiares volvieron con la fallecida, con la ayuda de una comunaria. Le realizaron un corte para extraer al bebé y dar sepultura a los dos. El personal de salud llegó cuando ya se había cerrado el corte con hilo de pescar. La volvieron a coser y la acomodaron para realizar el velorio.

Reflexiones en torno a la situación de la mortalidad materna en el Departamento de Pando

De acuerdo a algunos de los indicadores de salud presentados en la ENDSA 2008, el 99 % de las mujeres embarazadas en el Departamento de Pando tuvo al menos un control pre-natal y el 80% recibió atención de personal calificado en el parto.

Como datos complementarios para orientar la comprensión de la RMM, se anota que el 47% de las mujeres en edad fértil usó un método moderno de anticoncepción y se registró un 37% de embarazo adolescente (ENDSA 2008). La actividad sexual comienza muy temprano en las regiones del oriente. Es así que en Pando, una de cada cuatro mujeres tuvo su primera relación sexual antes de los 15 años; la mitad de

las mujeres ya está unida o casada antes de los 19 años, y la cuarta parte ya son madres (ENDSA, 2008).

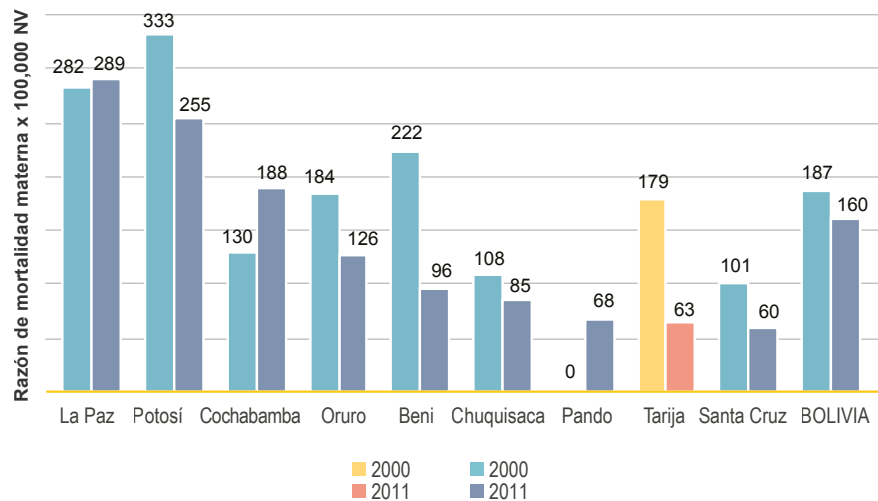
El desafío institucional principal de las autoridades de la Gobernación y municipios de Pando, y del personal de salud consiste en mejorar la calidad y la capacidad resolutive de los servicios, organizar los sistemas de referencia acordes a su realidad geográfica, así como asegurar el buen funcionamiento de la red de cuidados obstétricos y neonatales de emergencia.

Las redes sociales y la comunidad –a su vez- deben garantizar la elaboración del plan de parto consensuado y la participación comprometida en la identificación oportuna de los signos de peligro y en los planes de acción para el traslado de mujeres que enfrentan complicaciones.

Mortalidad Materna en el Departamento de Tarija

El 2011, fallecieron 10 mujeres por causa materna en el Departamento de Tarija. La Razón de Mortalidad Materna de Tarija (63 por 100,000 nacidos vivos) es la segunda más baja del país, muy inferior al promedio nacional, habiendo registrado una disminución de casi dos tercios con relación al año 2000.

Gráfico 58.
Razón de mortalidad materna
Tarija 2000 y 2011



En 2011 murieron 10 mujeres. Algunos rasgos del perfil de las mujeres estudiadas que fallecieron en el Departamento de Tarija son:

- El 40% tenía menos de 6 años de escolaridad.
- El 10% no tenía hijos/as (posiblemente primer embarazo) y casi el 70% de las fallecidas dejó entre 1 y 2 hijos/as en orfandad materna.
- El 49% de las fallecidas tenían entre 35 a 39 años de edad.

Tabla de ocurrencia de casos por municipio

Municipio	Número de muertes maternas identificadas
Tarija	8
Yacuiba	2
Tarija	10

Causas de la muerte materna en el Departamento de Tarija

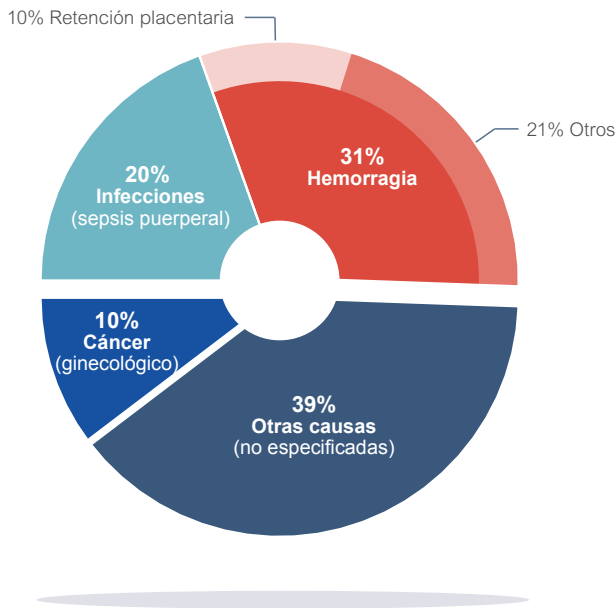
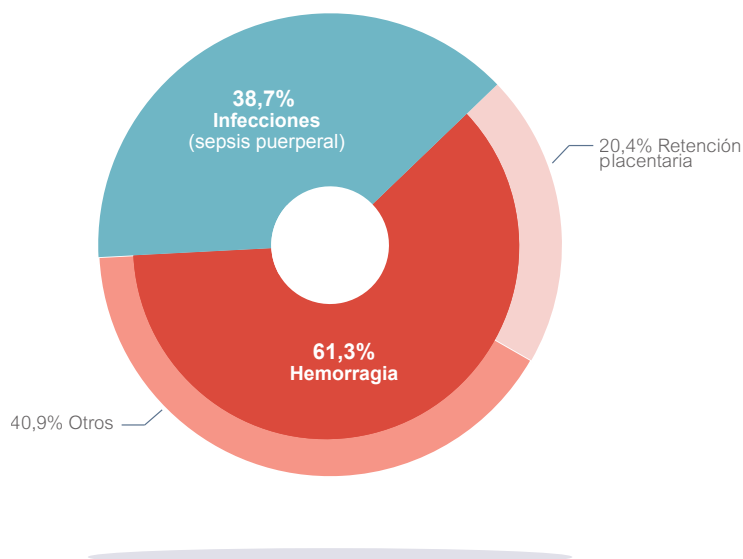


Gráfico 59.
Causas directas e indirectas de la muerte materna
Tarija 2011

A diferencia de la estructura nacional, la principal causa de muerte materna en Tarija se debe a “otras causas” que no están determinadas con precisión en los gráficos (39%). Las hemorragias, al igual que en varios otros lugares, constituyen una importante causa de muerte materna (31%), así como las infecciones (20%).

Gráfico 60.
Causas directas de la
muerte materna
 Tarija 2011



Control prenatal, parto y control post parto de las mujeres fallecidas que recibieron atención por personal de salud

El Gráfico 61 indica el número de mujeres fallecidas por causas obstétricas, que recibieron atención por personal de salud -ya sea en establecimientos de salud o no- durante su embarazo, parto y post parto o post aborto.

Gráfico 61.
Control prenatal,
parto y control post
parto o post aborto de
mujeres fallecidas por
causas obstétricas que
recibieron atención por
personal de salud
 Tarija 2011



Momento de fallecimiento

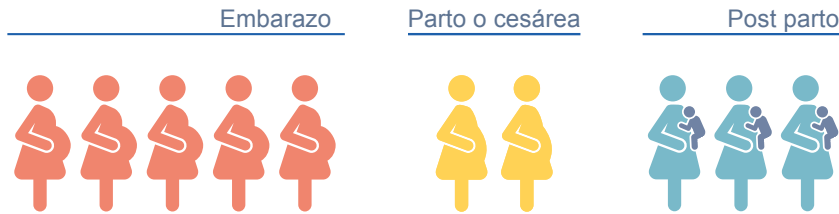


Gráfico 62.
Momento del fallecimiento
Tarija 2011

En el Departamento de Tarija, los casos de muertes maternas ocurridos fueron fundamentalmente en el momento del embarazo (5). Dos acontecieron en el parto o cesárea y tres, en el postparto.

Edad y lugar de fallecimiento

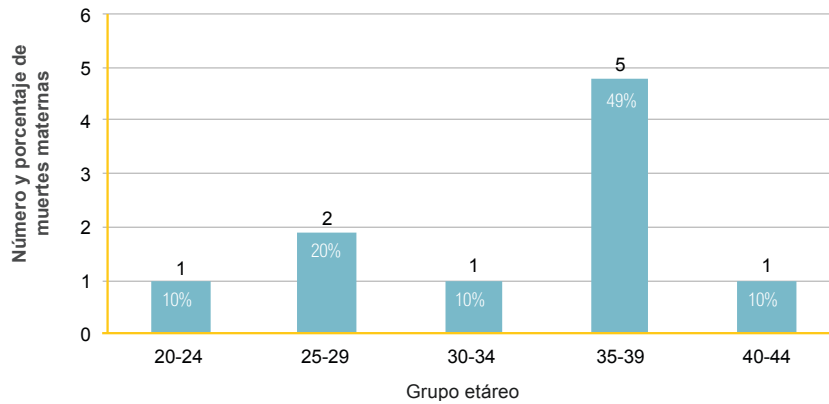
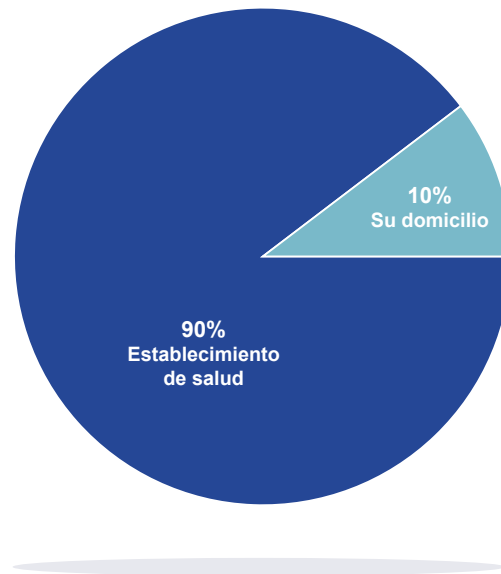


Gráfico 63.
Edad al morir, por quinquenio
Tarija 2011

La mitad de las mujeres fallecidas por muerte materna en Tarija tenían entre 35 a 39 años de edad. Cabe resaltar que no se registró muertes maternas en menores de 20 años.

Gráfico 64.
Lugar de la
muerte materna
Tarija 2011



En el Departamento de Tarija, la mayor parte de las muertes maternas ocurren en los establecimientos de salud (90%). Este hecho posiblemente se deba a una demanda de atención tardía o a una capacidad resolutive insuficiente de los servicios. Existen 231 establecimientos de salud.

Si bien es la proporción más alta a nivel nacional, es importante tomar en cuenta que el número de muertes maternas (10) es reducido en comparación a otros departamentos. “Mueren relativamente pocas mujeres, pero casi todas las muertes ocurren en el hospital”.

Historia sobre una muerte materna

Laura tenía 22 años y estaba embarazada de 7 meses. Su mamá cuenta que cerca a media noche escuchó quejidos. Encontró a su hija sangrando y con fuertes dolores de cadera. Buscó ayuda de los vecinos para llevarla al centro de salud, consiguieron una movilidad cerca a las 2 de la mañana. Una vez que el personal de salud del Centro la revisó, la embarcaron en ambulancia rumbo a la ciudad. No le dieron nota de referencia ni medicación. Llegaron al Hospital a las 3 de la mañana. El Ginecólogo le informó a la mamá que la tenían que operar de urgencia y le pidió que vaya a buscar sangre. La mamá llegó al Banco de Sangre sin nota del médico y sin saber qué tipo de sangre necesitaba. Al volver al Hospital a solicitar la orden, el médico le informó que ya no era necesario. Laura y el bebé ya habían fallecido.

Reflexiones en torno a la situación de la mortalidad materna en el Departamento de Tarija

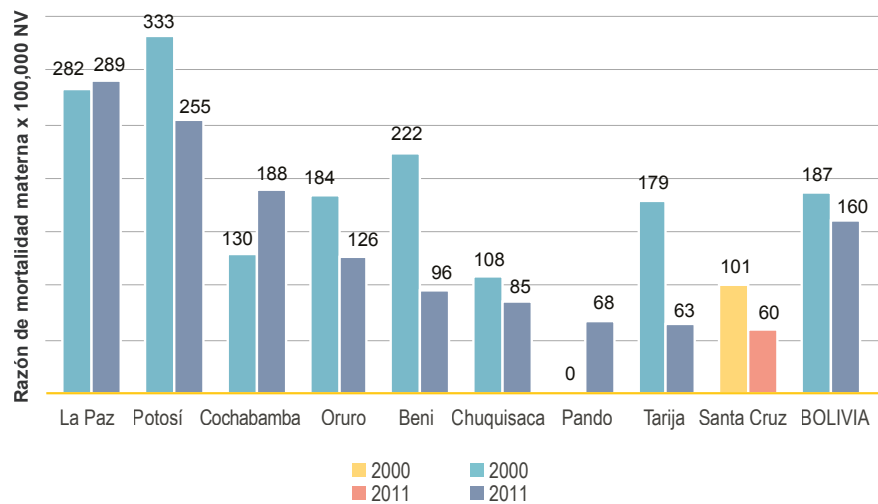
De acuerdo a algunos de los indicadores de salud presentados en la ENDSA 2008, el 95% de las mujeres embarazadas en el Departamento del Tarija tuvo al menos un control pre-natal y el 83% recibió atención de personal calificado en el parto.

Como datos complementarios para orientar la comprensión de la RMM, se anota que el 53% de las mujeres en edad fértil usó un método moderno de anticoncepción y se registró un 17% de embarazo adolescente (ENDSA 2008).

Mortalidad Materna en el Departamento de Santa Cruz

En el Departamento de Santa Cruz, 71 mujeres murieron el 2011 por complicaciones durante el embarazo, parto o post parto. La RMM de Santa Cruz (60 por 100,000 nacidos vivos) es la más baja del país, muy inferior al promedio nacional.

Gráfico 65.
Razón de mortalidad materna
Santa Cruz 2000 y 2011



De acuerdo a algunos de los indicadores de salud presentados en la ENDSA 2008, el 97% de las mujeres embarazadas en el Departamento de Santa Cruz tuvo al menos un control pre-natal y el 92% recibió atención de personal calificado en el parto. Como datos complementarios para orientar la comprensión de la RMM, se anota que el 52% de las mujeres en edad fértil usó un método moderno de anticoncepción y se registró un 22% de embarazo adolescente (ENDSA 2008).

En 2011 murieron 71 mujeres. Algunos rasgos del perfil de las mujeres estudiadas que fallecieron en el Departamento de Santa Cruz son:

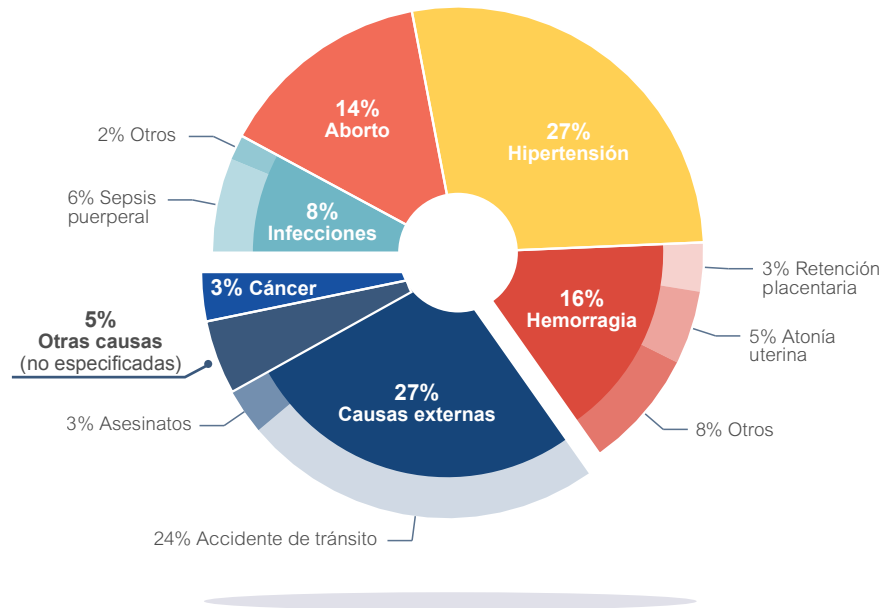
- El 58% tenía más de 7 años de escolaridad.
- El 8% no tenía hijos/as (posiblemente primer embarazo) y la mitad dejó entre 3 y 4 hijos/as en orfandad materna.
- Más del 60% eran menores de 30 años.

Tabla de ocurrencia de casos por municipio

Municipio	Número de muertes maternas identificadas
Santa Cruz De La Sierra	27
San Julian	11
Mineros	8
San Ignacio De Velasco	5
Porongo	2
San Carlos	2
Mairana	2
Montero	2
Gutierrez	1
Puerto Quijarro	1
La Guardia	1
San Rafael	1
Yapacani	1
Santa Rosa Del Sara	1
Vallegrande	1
Ascencion De Guarayos	1
El Puente(Stc)	1
Camiri	1
SANTA CRUZ	71

Causas de la muerte materna en el Departamento de Santa Cruz

Gráfico 66.
Causas directas e indirectas de la muerte materna
 Santa Cruz 2011



La principal causa de muerte materna en el Departamento de Santa Cruz es la hipertensión (27%). A la par, se registra otro 27% que da cuenta de muertes ocasionadas por causas externas (accidentes de tránsito y asesinatos) que –como se explicó– no corresponden a la definición de mortalidad materna, y por lo tanto, no necesariamente son consideradas como muertes maternas.

En Santa Cruz, destaca el porcentaje de mujeres que han fallecido por aborto (14%).

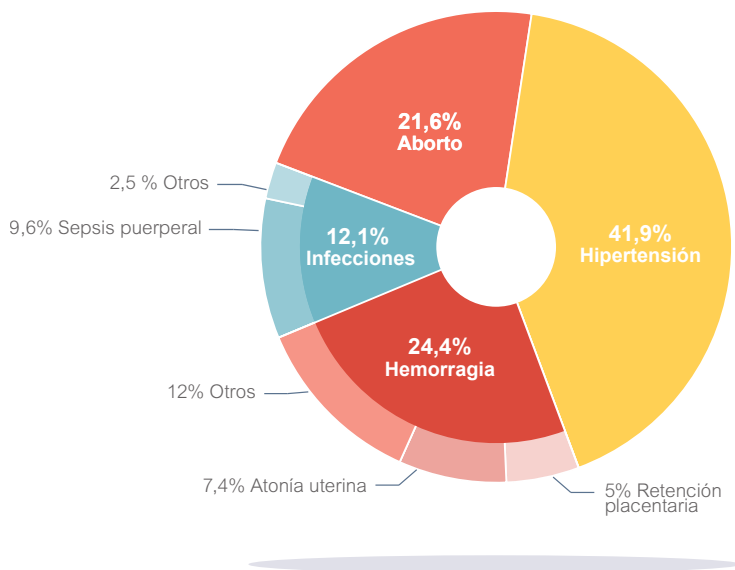


Gráfico 67.
Causas directas de la muerte materna
 Santa Cruz 2011

Control prenatal, parto y control post parto de las mujeres fallecidas que recibieron atención por personal de salud

El Gráfico 68 indica el número de mujeres fallecidas por causas obstétricas, que recibieron atención por personal de salud -ya sea en establecimientos de salud o no- durante su embarazo, parto y post parto o post aborto.



Gráfico 68.
Control prenatal, parto y control post parto o post aborto de mujeres fallecidas por causas obstétricas que recibieron atención por personal de salud
 Santa Cruz 2011

Momento de fallecimiento

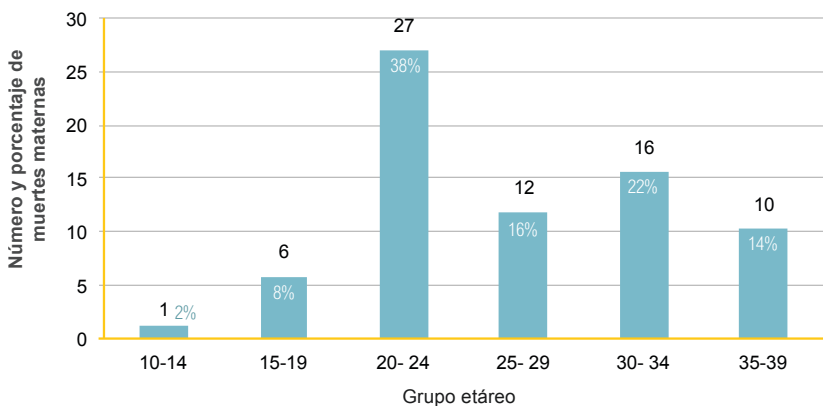
Gráfico 69.
Momento del fallecimiento
Santa Cruz 2011



En el Departamento de Santa Cruz, los casos de muertes maternas ocurren con algo más de frecuencia en el post parto (40%), y el restante 60% se reparte equitativamente entre el embarazo y el parto o cesárea.

Edad y lugar de fallecimiento

Gráfico 70.
Edad al morir, por quinquenio
Santa Cruz 2011



Más de la mitad de las fallecidas tenían entre 20 a 29 años de edad.

Se registra un 10% de muertes maternas de mujeres menores de 20 años, siendo la menor una adolescente de 14 años de edad.

Esto guarda relación con el hecho de que el aborto ocupa un lugar importante en el perfil epidemiológico.

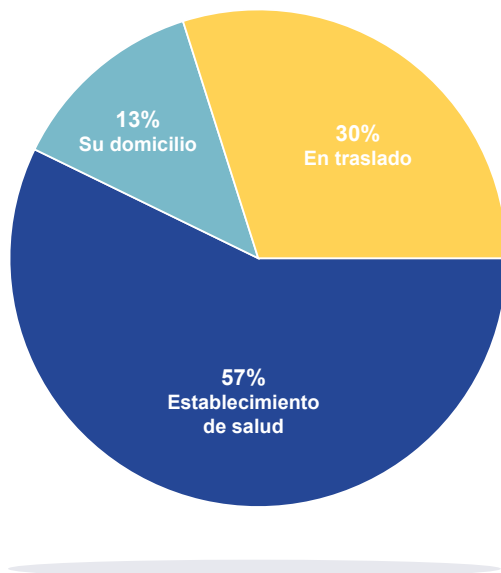


Gráfico 71.
Lugar de la
muerte materna
Santa Cruz 2011

Los establecimientos de salud son los lugares en los que se registra el mayor porcentaje de muertes maternas en Santa Cruz (57%)

Ello muestra que posiblemente las mujeres y sus familiares buscan atención cuando ya es demasiado tarde, pero también indica que posiblemente la respuesta de parte de los establecimientos de salud es insuficiente.

En el Departamento de Santa Cruz existen 565 establecimientos de salud.

Historia sobre una muerte materna

Blanca estaba esperando su primer bebé. Se hizo un total de 6 controles prenatales con diferentes médicos. En la tarde del 3 de junio, se quejó de un ligero dolor en el bajo vientre. El esposo la trasladó en su propia movilidad al hospital. Al llegar el médico los recibió y sacó al esposo de la sala de consulta. La enfermera le encargó ir a comprar algodón.

Como los dolores habían aumentado, el médico le informó al esposo que la iban a operar. Luego de una hora salió el médico y le preguntó al esposo si la señora Blanca estaba enferma con anterioridad a lo que él replica que estaba sana...era joven. El médico le informó que su esposa había fallecido, no había resistido la operación porque su presión estaba alta, y si quería saber la causa de la muerte que la lleve a la ciudad de Santa Cruz.

Reflexiones en torno a la situación de la mortalidad materna en el Departamento de Santa Cruz

De acuerdo a algunos de los indicadores de salud presentados en la ENDSA 2008, el 97% de las mujeres embarazadas en el Departamento de Santa Cruz tuvo al menos un control prenatal y el 92% recibió atención de personal calificado en el parto.

Como datos complementarios para orientar la comprensión de la RMM, se anota que el 52% de las mujeres en edad fértil usó un método moderno de anticoncepción y se registró un 22% de embarazo adolescente (ENDSA 2008).

Las autoridades de la Gobernación y municipios, el personal de salud y la comunidad tienen la posibilidad de contribuir a que cada vez menos mujeres mueran en Santa Cruz. Para lograr este objetivo, es preciso mejorar la capacidad resolutive y la calidad de atención de las emergencias obstétricas en los servicios. Por otro lado, se debe organizar sistemas de referencia e impulsar programas para prevenir embarazos no deseados como una acción efectiva que puede evitar muchas de estas muertes.

Puntos destacados del Estudio

La RMM de 160 por 100,000 n.v. obtenida a través del Estudio de Mortalidad Materna para el año 2011 está por encima del promedio regional y es una de las más altas en el continente, después de Haití y Guyana.

- La RMM disminuyó en 7 de los 9 departamentos de Bolivia. Lo hizo de manera importante en Tarija y Beni, y se incrementó en La Paz y Cochabamba.
- Las RMM de los departamentos de La Paz, Potosí y Cochabamba están por encima del promedio nacional.
- Cochabamba requiere especial atención por el incremento de la mortalidad materna, aunque presenta indicadores relativamente favorables en otros datos de salud (ENDSA 2008).
- Merecen estudios especiales los departamentos de Santa Cruz, Tarija y Beni, donde la mortalidad materna se ha reducido drásticamente. Es importante analizar las intervenciones que implementaron en los últimos años para compartir sus experiencias con aquellos departamentos que registran una mortalidad materna todavía muy alta.
- Las hemorragias continúan siendo la primera causa de muerte materna a nivel nacional.
- El 14% de las muertes maternas corresponde a adolescentes entre 14 a 19 años. A nivel departamental; Cochabamba, Potosí y Beni presentan los porcentajes más altos para este grupo etáreo.

- La mortalidad materna es más alta en el momento del parto con 40% de las muertes, seguida por un 30% en el postparto. La mayoría de estas muertes podrían ser evitadas con respuestas adecuadas de los establecimientos de salud.
- Dos tercios de las muertes maternas son casos de mujeres indígenas pertenecientes fundamentalmente a las naciones quechua y aymara. Se demuestra una vez más las condiciones de exclusión de los pueblos indígenas de los servicios de salud de calidad, culturalmente adaptados.
- Se ratifica el reconocimiento de las tres demoras para la resolución de la atención oportuna y de calidad en las emergencias obstétricas:
 - » Primera demora: Referida al tiempo que tarda la mujer en tomar la decisión de ir a un establecimiento de salud; o bien cuánto tarda la familia y/o autoridades comunitarias en llevar a la mujer a un establecimiento de salud.
 - » Segunda demora: Referida al tiempo que tarda el traslado de la mujer desde su hogar hasta el establecimiento de salud. Es responsabilidad de la familia, comunidad y de la red de servicios garantizar los medios apropiados para el traslado oportuno de la mujer al establecimiento de salud.
 - » Tercera demora: Referido a las dificultades atribuibles al establecimiento de salud que retrasan la atención oportuna de las emergencias obstétricas.

La resolución de las tres demoras requiere un trabajo articulado entre la comunidad, autoridades municipales y departamentales y el sistema de salud.

- El estudio nos muestra la importancia de informar a la población sobre los riesgos de las complicaciones del embarazo, el parto y el post parto.

Plan de Reducción Acelerada de la Morbilidad Obstétrica Grave y Mortalidad Materna y Neonatal

¿Por qué mueren las mujeres y las y los recién nacidos?

Los altos índices de mortalidad materna y neonatal son un asunto de falta de equidad y justicia social. Muchas de las muertes que ocurren son evitables. Existen causas relacionadas a los determinantes socio-económicos y culturales que influyen directamente en esta situación, además de los factores biológicos.

La Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia garantiza el acceso a “la salud de todas las personas, sin exclusión ni discriminación alguna”, “el ejercicio de sus derechos sexuales y derechos reproductivos” de hombres y mujeres y el “derecho de las mujeres a una salud materna con enfoque intercultural”.

Para reducir la alta mortalidad materna, el Estado Plurinacional de Bolivia plantea lo siguiente:

Plan Nacional para la Reducción Acelerada de la Morbilidad Grave y Mortalidad Materna y Neonatal

Se han diseñado importantes políticas de salud e implementado intervenciones para cambiar lo que corresponde. Entre éstas, figuran la política de aseguramiento universal a través del Seguro Integrado de Salud (SIS), la política Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI), el Bono Juana Azurduy, el Subsidio Universal Prenatal. A pesar de estas iniciativas, sigue siendo necesario redoblar esfuerzos para hacer realidad el mandato constitucional de brindar una atención de calidad a todos los y las ciudadanas bolivianas.

El Plan Nacional para la Reducción Acelerada de la Morbilidad Grave y Mortalidad Materna y Neonatal responde a la necesidad que tiene el país y el sector salud en especial, de reorientar las decisiones estratégicas en esta materia.

Plantea acciones de corto plazo, viables y factibles, que se complementan. Se refuerza la promoción de prácticas saludables y el fortalecimiento de acciones preventivas que coadyuven a la reducción de enfermedades, las probabilidades de embarazos no deseados y sus consecuencias. Pone énfasis en la atención de las complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio. El conjunto de las intervenciones planteadas están orientadas a la reducción de la morbilidad y mortalidad materna y neonatal.

Se plantea la creación de prácticas y espacios equitativos y participativos que aseguren el respeto a y el reconocimiento de las diferencias culturales, de género y generacionales, que son imprescindibles para garantizar el ejercicio de los derechos.

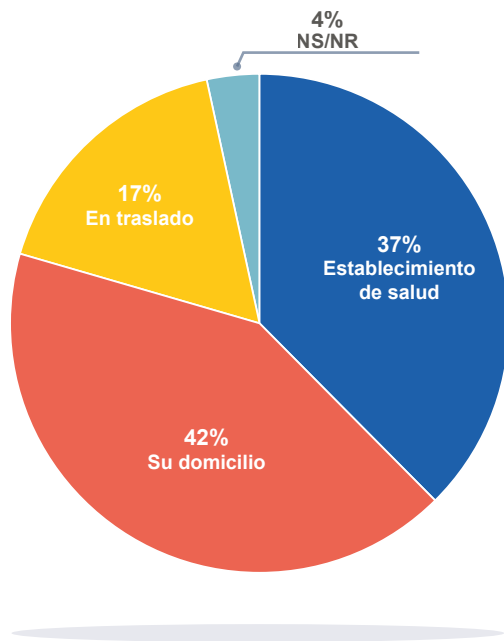
Uno de los enfoques innovadores de este Plan Nacional es la articulación entre los niveles de atención con el objetivo de mejorar la capacidad resolutoria de los establecimientos de salud, las redes y de la comunidad. De esta manera, plantea crear una sinergia entre las fuerzas intervinientes en el proceso. En este cometido, se pretende lograr compromisos políticos de los diversos niveles de autoridades; fortalecer las alianzas estratégicas con otros sectores del desarrollo; garantizar el financiamiento de las redes de salud que garanticen el funcionamiento de las mismas en sus diferentes niveles de complejidad e impulsar la participación coordinada de los diferentes actores y actoras sociales. Todos estos factores contribuirán a mejorar el desempeño de los recursos humanos y por ende, a garantizar el ejercicio del derecho a la salud de la población boliviana para hacer realidad el “vivir bien”.

Objetivos fundamentales para reducir la discapacidad y muerte materna y neonatal:

1. Reducir los embarazos no deseados en mujeres en edad fértil.
2. Reducir las complicaciones durante el embarazo, parto o puerperio.
3. Reducir los riesgos de discapacidad y muerte en mujeres que experimentan complicaciones obstétricas.
4. Reducir los riesgos de discapacidad y muerte en recién nacidos/as que experimentan complicaciones.

¿Cuáles son las intervenciones que salvan vidas?

El diagnóstico y tratamiento oportuno y apropiado de las complicaciones maternas y neonatales pueden salvar la vida de mujeres y recién nacidos/as.



Lugar de la muerte materna

Estudio Nacional de Mortalidad Materna Bolivia 2011

En el Estudio Nacional de Mortalidad Materna del 2011 se identificó un 37% de muertes maternas ocurridas en los establecimientos de salud, un 42% acontecido en los domicilios de las mujeres y un 17% en el proceso de traslado, ya sea del domicilio al establecimiento o del establecimiento a un servicio de salud de mayor complejidad. A la luz de esta realidad, es imperativo identificar intervenciones que nos permitan responder adecuadamente a los diferentes escenarios que se presentan. El personal de salud de los tres niveles de atención -inclusive del primer nivel- así como personal de los servicios de emergencia y de las ambulancias, deben contar con las capacidades y condiciones para responder adecuada y oportunamente a una emergencia materna o neonatal; desde cómo estabilizar una paciente, tratarla según los grados de gravedad y cómo derivarla en caso de que necesite una intervención en un centro de mayor capacidad resolutive.

Por otra parte, es crucial desarrollar actividades a nivel de la comunidad. A continuación, se presenta algunas intervenciones indicativas.

Salud Materna

	Intervención	Barreras
Hemorragias	<ul style="list-style-type: none"> • Implementación Código Rojo. • Bancos de Sangre y Unidades Transfusionales con sangre segura. • Dotación de equipos e insumos para código rojo (Oxitocina/ Misoprostol Traje antishock (TAN), balones de Bakri). • Expansores plasmáticos, coloides y cristaloides. • Referencia adecuada, justificable y oportuna. 	<ul style="list-style-type: none"> • Incumplimiento de la norma del manejo activo del tercer estadio del parto para prevenir la hemorragia post parto. • Inadecuado reconocimiento de la señal de peligro. • No identificación oportuna y tratamiento. • Debilidades en las destrezas del personal del primer nivel para la estabilización y referencia adecuada y oportuna. • Debilidad en el personal de las ambulancias para la atención de emergencias obstétricas y neonatales. • Falta de actualización del personal de II Nivel y III Nivel en la atención de las hemorragias obstétricas. • Escaso seguimiento y evaluación del desempeño del personal. • Deficiencias en los flujos del sistema de referencia.
Eclampsia	<ul style="list-style-type: none"> • Manejo adecuado de antihipertensivos (Sulfato de Magnesio, Nifedipina o Hidralazina). • Referencia adecuada, justificable y oportuna. 	<ul style="list-style-type: none"> • Desabastecimiento de insumos: hidralazina/labetalol. • Limitación de la normativa legal para el manejo de los insumos en el primer nivel de atención. • Deficiencias en los flujos del sistema de referencia

<p>Sepsis Puerperal</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Lavado de manos • Implementación del programa de control de infecciones. • Manejo adecuado de Antibióticos (Ceftriaxona, Penicilina Sódica o Imipenem) • Referencia adecuada, justificable y oportuna 	<ul style="list-style-type: none"> • Limitación de la normativa legal para el manejo de los insumos en el primer nivel de atención. • Inadecuado manejo del control de infecciones y de la bio-seguridad. • Deficiencias en los flujos del sistema de referencia.
--------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Salud Neonatal

	Intervención	Barreras
<p>Asfixia neonatal</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Manejo adecuado de la reanimación Neonatal Básica. • Manejo adecuado de la reanimación Neonatal avanzada. 	<ul style="list-style-type: none"> • Personal con habilidades y destrezas insuficientes. • Uso inadecuado del partograma. • Manejo inadecuado del equipo de reanimación neonatal. • No aplicación de los estándares de reanimación neonatal. • Limitado abastecimiento de equipo para reanimación neonatal.
<p>Prematurez</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Lactancia materna inmediata y exclusiva. • Prevención de embarazo en adolescentes. • Promoción de 6 controles prenatales que cumplan los estándares de calidad. • Detección temprana de la anemia en mujeres embarazadas. • Implementación del Método Canguro. 	<ul style="list-style-type: none"> • Deficiencias en la indicación de cesárea temprana. • Limitado diagnóstico oportuno de peligro de prematurez. • Limitado acceso a métodos anticonceptivos de manera permanente. • Limitado conocimiento sobre prácticas saludables en mujeres en edad reproductiva. • Escaso conocimiento sobre el manejo del Método Canguro
<p>Sepsis neonatal</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Lavado de manos. • Implementación del Programa de Control de Infecciones. • Manejo adecuado de antibióticos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Inadecuado manejo del control de infecciones. • Manejo inadecuado de bioseguridad.

Para responder a las muertes domiciliarias

Trabajando junto con la comunidad para llegar a las poblaciones excluidas

- Mi Salud, Bono Juana Azurduy, Enfermeras Obstétricas.
- Visitas domiciliarias a la población -casa por casa- con las “Mochilas para la Vida”.
- Articulación con parteras y médicos tradicionales.
- Reconocimiento de las señales de peligro, promoción del Plan de Parto, tratamiento y referencia adecuada y oportuna.
- Desarrollar modelos de redes indígenas que respondan a las necesidades de estas poblaciones.
- Implementar casas maternas.
- Aseguramiento de medicamentos e insumos.
- Desarrollar en toda Red de Servicio, las Salas Situacionales para la detección de mujeres embarazadas y recién nacidos/as.
- Analizar y desarrollar con las autoridades de la comunidad los Planes de Alerta y Planes de Emergencia Comunitarios.
- Hacer alianzas estratégicas con gobernaciones, municipios y organizaciones sociales.

¿Qué se quiere lograr?

Que todas las mujeres y las y los recién nacidos de Bolivia puedan acceder a servicios de salud de calidad para que la maternidad y el nacimiento no signifiquen un riesgo de muerte.

Se busca reducir la morbilidad y mortalidad materna y neonatal en el ámbito nacional. Para ello, se plantea la implementación de medidas estratégicas en todo el Sistema Nacional de Salud para el

vivir bien de las madres y los y las recién nacidas. Se trata de mejorar el acceso, la disponibilidad, cobertura y el uso de los servicios de salud integrales y resolutivos para intervenir en las causas directas que ocasionan la mayor prevalencia de la morbilidad y mortalidad materna y neonatal.

¿Cómo lo lograremos?

En el marco del continuo de la atención, el Ministerio de Salud propone una intervención que tome en cuenta:

- la promoción de prácticas saludables para la salud de las madres y de los y las recién nacidas en el hogar, trabajando con las familias y comunidades
- acciones preventivas para evitar los problemas de salud y complicaciones obstétricas y neonatales
- la atención calificada en los establecimientos del Sistema de Salud

Se propone integrar las acciones en todos los niveles tanto a nivel comunitario como a nivel de los servicios públicos de salud.

¿Cuáles son las líneas de acción estratégicas?

Línea de acción 1: Trabajando junto con la comunidad para llegar a las poblaciones excluidas.

- Realizar visitas domiciliarias a la población -casa por casa- para coadyuvar a superar los obstáculos de acceso geográfico y/o cultural que permita promocionar el autocuidado de la madre y el recién nacido y recién nacida, reconocimiento de las señales de peligro, promoción del Plan de Parto, el tratamiento y la referencia adecuada y oportuna
- Desarrollar en toda Red de Servicio las Salas Situacionales para la detección de mujeres embarazadas y recién nacidos/as
- Analizar y desarrollar con las autoridades de la comunidad Planes de Alerta y Planes de Emergencia Comunitarios
- Desarrollar un Plan de Actualización para los Médicos Comunitarios SAFCI,

Mi Salud, Bono Juana Azurduy, Enfermeras Obstetricas y del personal de los Centros de Salud que atienden partos de las Redes de los 24 Centros de Salud priorizados sobre las principales destrezas necesarias para la atención de las emergencias obstétricas y neonatales

- Dotar a los Médicos Comunitarios SAFCI, Mi Salud, Bono Juana Azurduy, Enfermeras Obstetricas y del personal de los Centros de Salud que atienden partos de las Redes de los 24 Centros de Salud priorizados, de los insumos, medicamentos, equipos, algoritmos y módulo para la visita domiciliar necesaria para la atención de las emergencias obstétricas y neonatales a través de las “Mochilas para la Vida”
- Hacer Alianzas Estrategicas con gobernaciones, municipios y organizaciones sociales
- Desarrollar Modelos de Redes Indígenas que respondan a las necesidades de estas poblaciones
- Implementar Casas maternas
- Aseguramiento de medicamentos e insumos

Línea de acción 2: Poniendo los cuidados obstétricos y neonatales al alcance de las mayorías.

- Aplicar la Herramienta de Valoración de los Servicios Obstétricos para determinar necesidades de mejora en equipos, insumos, medicamentos, recursos humanos, procesos administrativos y otros
- Implementar el CONE BASICO y AMPLIADO en todos los establecimientos que atienden parto, de las 24 Redes de Salud priorizadas
- Implementar en cada establecimiento de salud que atienden parto, de las 24 Redes de Salud priorizadas el Código Rojo para la atención de hemorragias obstétricas y el Código Azul para la Pre Eclampsia y Eclampsia
- Abastecer regularmente de Antihipertensivos y antibióticos cada establecimiento de salud que atienden parto de las 24 Redes de Salud
- Establecer un Programa de Control de Infecciones en cada establecimiento de salud que atienden parto de las 24 Redes de Salud
- Establecer un Programa Canguro en los establecimientos de salud que lo requieran para la atención de recién nacidos prematuros y de bajo peso
- Desarrollar las competencias del personal del I y II nivel que atienden partos para la atención de las emergencias obstétricas y neonatales

Línea de acción 3: Transformando los establecimientos de salud para que brinden servicios con calidad, sean amigables y respeten la diversidad.

- Se fortalecerán los Ciclos de Mejora Continua de la Calidad en los 24 establecimientos de salud priorizados y en todos los servicios de salud de sus Redes para hacer mediciones mensuales de estándares de calidad incluso estándares de interculturalidad seleccionados para abordar los principales problemas en la salud materna y neonatal. En las embarazadas HCPB, partograma, MATEP, hemorragias, THE, AIRN, prematuridad, reanimación y sepsis sepsis.
- Auditorías médicas periódica
- Espacios de negociación de calidad concertada con la comunidad y sus

autoridades

- Difusión y cumplimiento de la Norma, por ej. Resolución Ministerial 0496 sobre 18 Prácticas mejoradas para la atención de la mujer y el recién nacido.
- Servicios de salud culturalmente pertinentes respetuosos de las expectativas y tradiciones de las mujeres indígenas
- Articulación con agentes comunitarios: parteras y médicos tradicionales.
- Se involucrarán a los actores clave como los gobiernos departamentales y municipales en la gestión de calidad de los servicios, para identificar problemas y su resolución inmediata, así como acciones estructurales.
- Se desarrollarán Casas Maternas que permitan promover el parto cerca del establecimiento de salud y del personal del mismo
- Desarrollar Planes de Transporte oportuno adecuado a la geografía del país y Planes de Comunicación en el idioma de las usuarias y sus familias

Línea de acción 4: Garantizando la disponibilidad, el acceso y uso racional de medicamentos.

- Todo personal que atiende partos, tanto en los establecimientos de salud como en el domicilio debe contar con un abastecimiento regular de sangre segura, expansores plasmáticos, coloides y cristaloides, antihipertensivos, oxitocina, misoprostol, anticonvulsivantes, antibióticos para el manejo de la pre-eclampsia y eclampsia, la hemorragia y la atención de la sepsis puerperal respectivamente.
- Todo personal que atiende partos, tanto en los establecimientos de salud como en el domicilio debe contar con corticoesteroides, antibióticos y equipos de reanimación neonatal.
- Normatizar el uso de Misoprostol y primeras dosis de antibióticos en el primer nivel y en visitas familiares según sea el caso
- Garantizar el acceso a todos los métodos de anticoncepción en los 3 niveles de atención
- Actualización anual de la Lista Nacional de Medicamentos Esenciales (LINAME)
- Agilización de los procesos administrativos de compra por parte de los Municipios para evitar el desabastecimiento.
- Reactivar las Boticas Comunitarias para que toda comunidad que no tenga un centro de salud cercano pueda contar con medicamentos básicos para atender las necesidades de sus pobladores.

Línea de acción 5: Innovando la infraestructura y tecnología al servicio de la salud.

- Desarrollar protocolos estandarizados en las 24 Redes de Salud de los establecimientos priorizados sobre emergencias obstétricas y neonatales
- Establecer Interconsultas médicas
- Establecer Rutas Críticas de Evacuación con canales de comunicación vía Tele Salud y TICS
- Dotar en coordinación con los Municipios teléfonos celulares al personal de salud de los establecimientos en áreas rurales y dispersas

Línea de acción 6: Evaluando periódicamente para monitorear los avances y la toma de decisiones.

- Desarrollar el Sistema Único de Información en Salud (SUIS) encargado de ofrecer información de calidad y lo más importante, oportuna.
- Brindar formatos amigables para la presentación de los datos de producción de servicios acordes a los indicadores planteados en este plan
- Analizar periódicamente los principales indicadores materno y neonatales en los CAIs Departamentales mensualmente y en el CAI Nacional semestralmente.
- Incorporar en los Comités de Vigilancia de la Mortalidad Materna la vigilancia neonatal y su carácter obligatorio, siendo un requisito para la entrega de Informes.
- Contar con un Comité de Vigilancia Hospitalaria de la Muerte Materna y Neonatal en cada establecimiento que deberá iniciar el proceso del análisis de la morbilidad severa para poder identificar como se pudieron salvar madres y recién nacidos y aprender de estas experiencias
- Aplicar la Matriz BABIES como una herramienta que coadyuva a la Gerencia de los Establecimientos a analizar de manera muy simple las muertes perinatales y neonatales.
- Desarrollar un Formulario Comunitario de Vigilancia de la Mortalidad Materna y Neonatal para complementar la vigilancia en los establecimientos de salud con la vigilancia activa comunitaria que permite identificar los casos de morbilidad y muerte materna y neonatal que no se registran en los establecimientos de salud.
- Implementar el Observatorio para posesionar en la agenda pública la importancia de dar respuesta a las muertes materna y neonatales en un contexto de derechos, obligaciones y corresponsabilidad intersectorial

El Estudio Nacional de Mortalidad Materna 2011 se realizó bajo la conducción del Ministerio de Salud-Sistema Nacional de Información en Salud (MS/SNIS) e Instituto Nacional de Estadística (INE), con el apoyo de Médicos Mi Salud/SAFCI y contó con el apoyo técnico y financiero del UNFPA, UNICEF, OPS/OMS, Gobierno de Francia, JICA, AECID, FCI y CELADE-División de Población de la CEPAL.

Asimismo contó con el apoyo de la Mesa Nacional por una Maternidad y Nacimiento Seguros, CIES, Marie Stopes y CONEXIÓN Fondo de Emancipación.

La salud... un derecho para vivir bien