

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURAS
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

POSTGRADO DE MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA



**CARACTERIZACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE LA TASA DE MUERTE MATERNA Y DE MUJERES
EN EDAD FERTIL DEL MUNICIPIO DE TELA, ATLÁNTIDA PERIODO 2009-2010**

PRESENTADO POR:

GLORIA MARINA ZELAYA MURILLO

PREVIA OPCIÓN AL GRADO DE

MASTER EN SALUD PÚBLICA

ASESORA

MSc. ASTARTE ALEGRIA

TEGUCIGALPA, M.D.C.

MARZO, 2017 HONDURAS, C.A.

AUTORIDADES UNIVERSITARIAS UNAH

RECTORA
Licda. JULIETA CASTELLANOS RUIZ

VICE RECTORA ACADEMICA
MSc. BELINDA FLORES

VICE RECTOR DE ASUNTOS ESTUDIANTILES
Lic. AYAX IRIAS COELLO

VICE RECTOR DE ASUNTOS INTERNACIONALES
Dr. JULIO RAUDALES

SECRETARIA GENERAL
Licda. ENMA VIRGINIA RIVERA

DIRECTORA DEL SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
MSc. LETICIA SALOMÓN

DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
Dr. MARCO TULIO MEDINA

SECRETARIO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
Dr. JORGE ALBERTO VALLE RECONCO

COORDINADORA GENERAL POSTGRADOS FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
DRA. ELSA PALOU

COORDINADOR GENERAL DEL POSTGRADO EN SALUD PÚBLICA
Dr. HÉCTOR ARMANDO ESCALANTE VALLADARES

Índice

I.	Introducción	5
II.	Objetivos.....	9
III.	Marco Teórico.....	10
A.	Generalidades de la muerte materna	10
B.	Epidemiología mundial de muerte materna	15
a)	Muerte materna en adolescentes	19
b)	Causas de la mortalidad materna	22
c)	Determinantes de la mortalidad materna	25
D.	Muerte Materna en Honduras	33
a)	Embarazo, parto y puerperio.....	35
b)	Violencia doméstica	37
c)	Autonomía de la mujer	38
d)	El sistema de salud en Honduras.....	39
e)	Muertes maternas en el departamento de Atlántida.....	42
IV.	Metodología.....	47
V.	Resultados.....	52
VI.	Análisis de Resultados	70
VII.	Conclusiones	83
VIII.	Recomendaciones.....	85
IX.	Glosario	86
X.	Anexo I.....	92
XI.	Bibliografía.....	100

Agradecimientos

A Dios por permitirme concluir esta meta académica importante en mi vida.

A mis padres por su apoyo incondicional.

A mis hijas, Pame por su comprensión y atenciones que siempre me brindó y en especial a Sofy por su apoyo técnico que siempre me brindó en la conclusión de esta meta.

A mi asesora Astarté por su paciencia, consejos y observaciones sin las cuales no hubiera sido posible.

A Yadira gracias por el ánimo brindado.

I. Introducción

La mortalidad materna es un grave problema de salud pública que afecta a la mayoría de los países pobres del mundo y que expresa de forma evidente la pobreza y desigualdad de las mujeres tanto en la apropiación económica como en el acceso a los bienes y servicios sociales, políticos y culturales. Se define como toda muerte ocurrida durante el embarazo, parto o dentro de los 42 días después de su terminación por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo, parto, puerperio, o su manejo, no así por causas accidentales.

La mortalidad materna es uno de los indicadores en salud para el desarrollo humano que permite medir el grado de bienestar de la población de un país y su nivel de desarrollo. La incidencia de muertes maternas tiene una distribución mundial desigual que refleja las diferencias entre ricos y pobres. El riesgo de muerte materna a lo largo de la vida de la mujer es de 1/75 en las regiones en desarrollo y 1/7,300 en las regiones desarrolladas. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) al menos una mujer muere cada minuto al momento de dar a luz en los países en vías de desarrollo, lo que equivale a más de 500,000 muertes cada año, de las cuales las mayorías son evitables.

La mortalidad materna tiene un gran impacto familiar, social y económico. Esta afecta seriamente el bienestar, la supervivencia y el desarrollo de los hijos en especial de los más pequeños. Más de un millón de niños en el mundo quedan huérfanos cada año por la muerte de sus madres.

Debido a que una gran proporción de mujeres en edad fértil pertenece a la población trabajadora y económicamente activa, si tomamos en cuenta que en países como el nuestro hay gran número de mujeres que son cabeza de familia, las muertes maternas generan una pérdida de la productividad económica, una disminución de los ingresos familiares, provocando además desintegración familiar generando que los lazos afectivos sean afectados de forma negativa o destruidos, y un futuro incierto de los hijos huérfanos.

Diversos factores han sido relacionados con la mortalidad materna. Podemos encontrar condiciones como la edad de la madre, la etnia y padecimientos crónicos; factores obstétricos como la falta y mala calidad de atenciones prenatales, complicaciones perinatales, lugar de atención del parto y personal que atiende el parto; factores socioculturales como la escolaridad, paridad, y las tres demoras. Todos ameritan un análisis individual para reconocer su influencia e importancia en la muerte materna.

La falta de acceso a los métodos de planificación familiar expone a las mujeres a embarazos no deseados en edades extremas, abortos inducidos y complicados con sepsis, a un mayor número de embarazos con los riesgos que impone cada gestación, y a mayor pobreza en tanto más hijos tenga la mujer.

Determinantes de orden social como el aumento de las actividades del crimen organizado, y la participación de las mujeres dentro de este, ha ocasionado que aumente el número de muertes en las mujeres en edad fértil; siendo especialmente afectadas las adolescentes.

Al mismo tiempo, otros determinantes ambientales y sociales han conducido al incremento de las neoplasias, como causa de muerte en las mujeres en edad fértil, lo que se ve aumentado por las deficientes medidas de prevención.

Para el año 2000, Honduras fue uno de los países de América Latina con altas tasas de mortalidad materna, con una razón 108 muertes maternas por 100,000 nacidos vivos, ocurriendo más del 50% de las muertes durante el parto y post parto inmediato (0-1 día) (Organización de las Naciones Unidas, 2013). En general, estas muertes se relacionan con causas prevenibles y evitables como las hemorragias, trastornos de hipertensión del embarazo, infecciones y distocias (Banco Mundial, 2006).

La mejora de la salud materna y la reducción de la mortalidad materna han sido puntos claves de varias cumbres y conferencias internacionales incluyendo la Cumbre del Milenio del 2000, donde se definieron los Objetivos y Metas del Milenio. El Objetivo de Desarrollo del Milenio cinco (ODM 5) plantea Mejorar la Salud Materna y define dos metas: 5 A Reducir entre 1990 y 2015 la Mortalidad en tres cuartas partes, y 5 B Lograr para el año 2015 el Acceso Universal a la Salud Reproductiva (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2008). En este sentido, para que Honduras cumpla la meta del Milenio 5^a, tendría que reducir en tres cuartas partes la tasa de mortalidad materna de 1990 que fue de 182 a 46 por cien mil nacidos vivos en el año 2015.

La razón de muerte materna oficial únicamente se ha obtenido a través de la realización de dos encuestas sobre muerte materna en edad reproductiva

(RAMOS), en 1990 y 1999 (con datos de 1997), desde entonces no se ha actualizado oficialmente la razón de muerte materna.

Con el objetivo de actualizar la tasa de razón de muerte la Institución Rectora en Salud realizó un estudio a nivel nacional de Razón de Mortalidad Materna a través de la muerte de mujeres en edad fértil en los años 2009 y 2010.

La articulación entre la Dirección General de Vigilancia de la Secretaría de Salud y el Postgrado de Salud Pública de la UNAH está permitiendo, a partir del estudio nacional profundizar en el tema a nivel departamental y municipal.

El presente trabajo, es parte de esa vinculación, específicamente en el municipio de Tela, departamento de Atlántida. En él se actualizó la tasa de muerte de mujeres en edad fértil para este municipio, encontrándose que en el año 2009 fue de 1.39/1000MEF y de 0.84/1000MEF en el año 2010. Con respecto, a la tasa de muerte materna en el 2009 fue de 0.12/1000MEF, sin muertes maternas en el año 2010.

Para continuar con el esfuerzo de alcanzar los objetivos del milenio, es necesario fortalecer la red hospitalaria a nivel nacional y apoyar las estrategias de reducción de la mortalidad materna e infantil. Así mismo resulta clave el recopilar información clara, uniforme y completa en cada caso de estudio, para poder generar información confiable y oportuna que pueda contribuir a la reducción de las muertes maternas tanto a nivel nacional, departamental, como local.

II. Objetivos

A. Objetivo General:

Determinar la tasa de muerte materna y de mujeres en edad fértil a través de la búsqueda activa de mujeres fallecidas en edad fértil del municipio de Tela departamento de Atlántida, periodo Enero a Diciembre 2009 y 2010.

B. Objetivos Específicos:

1. Determinar la magnitud, estructura y tendencia de la muerte materna y de mujeres en edad fértil en el municipio de Tela.
- 2- Conocer las causas de muerte materna y de mujeres en edad fértil, ocurridas en el municipio de Tela, 2009-2010.
- 3- Identificar el tipo de demora en las muertes maternas ocurridas en el Municipio de Tela en los años 2009-2010.
- 4- Identificar el nivel de sub-registro de las muertes maternas y mujeres en edad fértil, en el Municipio de Tela en los años 2009-2010.

III. Marco Teórico

A. Generalidades de la muerte materna

La mortalidad materna es un problema grave de Salud Pública que aqueja en su mayoría a los países pobres del mundo y tiene un gran impacto económico, familiar y social. La muerte de una madre es una tragedia evitable que muchas veces afecta una vida joven, siendo una experiencia traumática que sufre una familia, perturbando seriamente el bienestar, la supervivencia y el desarrollo sobretodo de los hijos más pequeños, ocasionando como consecuencia el debilitamiento de la estructura social en su conjunto.

Más de un millón de niños al año en el mundo quedan huérfanos como consecuencia de la muerte de sus madres y con mayores posibilidades de sufrir la desintegración de su hogar, por lo que se inician en la vida laboral a menor edad quedando expuestos a ser maltratados (Gallego Vélez, Vélez Álvarez, & Agudelo Jaramillo, 2005). El vacío que deja una madre en un hogar es difícilmente ocupado por otros. Una madre es irremplazable.

La mortalidad materna funciona como un indicador de injusticia social, inequidad de género y pobreza. Un embarazo o parto que desemboque en la muerte de una mujer refleja problemas estructurales de acceso y de atención a la salud (Díaz Echeverría, 2006).

La Organización Mundial de la Salud define la mortalidad materna como: *“la muerte de una mujer durante su embarazo, parto o dentro de los 42 días después de su terminación, por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo, parto o puerperio, o su manejo, pero no por causas accidentales”*. (Organización Mundial de la Salud , 2008)

Debido a que una gran proporción de mujeres en edad fértil pertenecen al segmento de la población trabajadora y económicamente activa, la consecuencia de las muertes maternas genera una pérdida de la productividad económica y una disminución en los ingresos familiares (Gallego Vélez, Vélez Álvarez, & Agudelo Jaramillo, 2005). Y agravando aún más la situación familiar cuando la mujer que fallece es cabeza de familia y soporta la economía del hogar como ocurre en nuestro país, genera este evento en sus hijos no sólo una carencia de recursos básicos para la supervivencia sino también de carencias afectivas y de protección.

“La incidencia de muertes maternas tiene una distribución desigual que refleja las diferencias entre ricos y pobres. El riesgo de muerte materna a lo largo de la vida es de 1/75 en las regiones en desarrollo y de 1/7300 en las regiones desarrolladas; así por ejemplo en Nigeria es de 1/7 mientras que en Irlanda es de 1/48000” (Lucio Figueroa, 2011). Una muerte materna es el resultado de una serie final de factores que influyen en una mujer durante su etapa reproductiva.

Estos factores determinantes de la muerte materna pueden estar relacionados con el contexto social y entre ellos la inferioridad económica, educativa, legal o familiar y los relacionados con su estado de salud y su conducta reproductiva, así como la calidad y el acceso a los servicios de salud para la atención materna y de planificación familiar (Equipo Funcional Maternidad Segura, 2011).

La mortalidad materna está relacionada también con una serie de derechos, por ejemplo derechos económicos, sociales, culturales y de derechos sexuales y reproductivos (Granados Toraño, 2011). No es casualidad que estos fallecimientos se concentren en mujeres pobres, indígenas, afro descendientes o urbano marginales. La maternidad ubica a estas mujeres en una situación de vulnerabilidad y en un contexto de riesgo vinculado a la exclusión en salud.

En los países sub-desarrollados las mujeres no tienen poder para tomar decisiones y actuar libremente para cuidar su salud porque culturalmente no es aceptado o hay subordinación a la voluntad de su compañero. (Gallego Vélez, Vélez Álvarez, & Agudelo Jaramillo, 2005). El machismo impide que las mujeres confíen en sí mismas, que se valoren y hace que se vuelvan dependientes de su compañero tanto económicamente como en la toma de decisiones importantes de su vida.

Las oportunidades de educación en muchas comunidades son menores para las mujeres, y su proyecto de vida no va más allá de formar la familia y criar hijos.

Además el bajo nivel social y cultural las pone en desventaja para el acceso a la información y a los servicios de salud. La falta de educación y el analfabetismo hace que la mujer desconozca sus derechos y las opciones que brinda el sector salud.

En los países pobres con altas tasas de mortalidad materna es común que las mujeres inicien tempranamente su vida sexual sea o no bajo el vínculo de matrimonio (Ouédraogo, 2010). Esto hace que estén expuestas a no solo a las complicaciones del embarazo incluida la muerte, sino a embarazos no deseados y por consiguiente a abortos inducidos, además son más vulnerables a contraer infecciones de transmisión sexual, VIH/SIDA y a ser maltratadas física, psicológica o sexualmente por su compañero (Lozano, Fernández, & Rodríguez Almada, 2007).

La dificultad de llegar a una unidad de salud y la poca promoción de los métodos de planificación familiar expone a las mujeres a embarazos no deseados en edades extremas, abortos inducidos y complicados con sepsis, a un mayor número de embarazos con los riesgos que impone cada gestación, y a mayor pobreza mientras más hijos tenga cada mujer.

Las mujeres que hacen mayor uso de métodos de planificación familiar y con dos o menos hijos tienen razones de mortalidad menor. El trabajo físico arduo y la mala nutrición hacen que las mujeres de bajos recursos económicos sean más

propensas a tener complicaciones durante el embarazo, parto o puerperio. (Fondo de Población de las Naciones Unidas en Paraguay , 2002)

La falta de acceso a los servicios de salud por dificultades geográficas, económicas o culturales, o por ausencia de estos servicios en las comunidades es crucial como factor determinante para el aumento de las razones de mortalidad (Secretaría General de la Organización de los Estados Americanos, 2010). Si bien el embarazo es un proceso fisiológico y natural ante el cual las mujeres pueden reaccionar de diferente manera, no son precisamente los factores biológicos los que la ponen en riesgo ante este evento, sino algunos de los mencionados anteriormente.

B. Epidemiología mundial de muerte materna

Según la Organización Mundial de la Salud, en 1990 aproximadamente 585.000 mujeres en todo el mundo murieron por causas de complicaciones relacionadas con el embarazo y el puerperio. Sólo 5% de ellas vivían en países desarrollados (Secretaría de la Organización Mundial de la Salud, 2010). La Organización Mundial de la Salud (OMS), el Fondo para la Infancia de las Naciones Unidas (UNICEF) y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) realizaron con anterioridad tres intentos de desarrollar estimaciones de la mortalidad materna internacionalmente comparables (en 1990, 1995 y 2000) desde una perspectiva que englobara diferentes fuentes de datos.

El desarrollo de estimaciones nacionales, regionales y mundiales en 2005 siguió un planteamiento similar, pero utilizó técnicas metodológicas mejoradas. Además, en el desarrollo de esta tanda de estimaciones, junto a la OMS, el UNICEF y el UNFPA, participó el Banco Mundial, y también se llevó a cabo por separado un análisis de tendencias, para evaluar el probable cambio en la Razón de Mortalidad Materna (RMM) desde 1990 hasta 2005 a nivel regional y mundial. (UNICEF; OMS; UNFPA; Banco Mundial, 2005)

Cada día mueren 1,500 mujeres por complicaciones relacionadas al embarazo o parto y del total estimado de 536 000 defunciones maternas en el mundo en 2005,

el 99% (533 000) correspondía a países en desarrollo (Secretaría de la Organización Mundial de la Salud , 2009).

La región del África Sub-Sahariana registró algo más de la mitad de las defunciones maternas (270 000) y Asia meridional fue la siguiente en cifras (188 000). Ambas regiones contabilizaron el 86% de la mortalidad materna mundial (Index Mundi, 2012).

En las grandes regiones con Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), las RMM más altas en 2005 correspondieron a regiones en desarrollo (con 450 defunciones maternas por 100,000 nacidos vivos), en fuerte contraste con las regiones desarrolladas (9 defunciones maternas/100,000 nv) y los países de la Comunidad de Estados Independientes (51 defunciones/100,000 nv). (UNICEF; OMS; UNFPA; Banco Mundial, 2005)

Entre las regiones en desarrollo, el África Sub-Sahariana presentó la RMM más alta (900) en 2005, seguida del Asia meridional (490), Oceanía (430), Sudeste asiático (300), Asia occidental (160), Norte de África (160), América Latina y el Caribe (130) y Asia oriental (50). Se observaron RMM de al menos 1000 en un total de 14 países, de los cuales 13 (a excepción de Afganistán) pertenecen a la región del África Sub-Sahariana. De mayor a menor RMM, estos países son: Sierra Leona (2100), Níger (1800), Afganistán (1800), Chad (1500), Somalia (1400), Angola (1400), Ruanda (1300), Liberia (1200), Guinea-Bissau (1100), Burundi (1100), República Democrática del Congo (1100), Nigeria (1100), Malawi

(1100) y Camerún (1000). En cambio, la RMM de Irlanda era de 1 (UNICEF; OMS; UNFPA; Banco Mundial, 2005).

El riesgo de defunción materna a lo largo de la vida adulta (probabilidad de que una mujer de 15 años acabe muriendo por una causa relacionada con la maternidad) es mayor en África (1 de 26), seguida de Oceanía (1 de 62) y Asia (1 de 120), mientras que las regiones desarrolladas registraron los menores riesgos a lo largo de la vida (1 de 7300). (UNICEF; OMS; UNFPA; Banco Mundial, 2005) De los 171 países y territorios en los que se realizaron estimaciones, Níger presentó el mayor riesgo a lo largo de la vida estimado (1 de 7), en fuerte contraste con Irlanda, que presenta el menor riesgo a lo largo de la vida (1 de 48 000).

De acuerdo a los datos anteriores del 2005, son pocos los países en desarrollo que se encuentran en camino de lograr el ODM 5: Mejorar la Salud Materna. En 56 de los 68 países prioritarios en los que se registra el 98% de las muertes maternas, la RMM sigue siendo elevada (más de 300 muertes maternas por 100 000 nacidos vivos).

Además hay diferencias importantes entre los países y también hay grandes disparidades dentro de un mismo país entre ricos y pobres, así como además entre las poblaciones urbanas y rurales. Se estima que en 2008 ocurrieron 358,000 muertes maternas en el mundo, lo que representa una reducción del 34% en relación a los niveles de 1990 (Organización Mundial de la Salud , 2008). A pesar de esa reducción, en los países en desarrollo siguen ocurriendo el mayor

número de muertes, las que para ese año sumaron 355,000, lo que constituye el 99% del total.

África Sub-Sahariana y el sur de Asia concentran el 87% (313,000) del total de las muertes maternas; y en 11 países ocurren el 65% de las muertes globales: Afganistán, Bangladesh, República Democrática del Congo, Etiopía, India, Indonesia, Kenia, Nigeria, Paquistán, Sudán, y República Unida de Tanzania (Organización Mundial de la Salud , 2008).

La RMM en 2008 fue muy superior en las regiones conformadas por países en desarrollo (290 x 100,000nv), que en las regiones con países de mayor desarrollo económico (14 x 100,000nv) y en los países de la Comunidad de Estados Independientes (40 x 100, 000nv). El África Sub-Sahariana tuvo la más alta RMM en 2008, con 640 muertes maternas por cada 100,000 nacidos vivos, seguida por el Sur de Asia (280), Oceanía (280), Suroriente de Asia (160), Norte de África (92), América Latina y el Caribe (85), Occidente de Asia (68) y Oriente de Asia (41).

El riesgo de muerte materna en la vida adulta (la probabilidad de que una mujer de 15 años muera eventualmente de una causa materna), tal como fue medido en 2008, es de 1 en 31 en el África Sub-Sahariana, le siguen Oceanía, con 1 en 110 y el sur de Asia, con 1 en 120, mientras que en las regiones de países con mayor desarrollo económico se reduce a 1 en 4300. En Afganistán, el riesgo se eleva hasta 1 en 11.

Durante el periodo 1990-2008, 147 países experimentaron una reducción en su RMM, 90 de los cuales tuvieron una disminución de 40% o más, mientras que, en forma opuesta, en 23 se registró un incremento y en dos no hubo cambios.

Según datos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) la RMM en Latinoamérica y el Caribe ha tenido un significativo descenso en el período 1990-2007, que ha ido desde de un nivel alrededor de 125 hasta 85. Se estima que esta reducción ha evitado 4,390 muertes maternas.

La RMM mundial sigue siendo de 400 muertes maternas por 100 000 nacidos vivos, en comparación con las 430 de 1990. La disminución media anual de menos del 1% es muy inferior a la reducción del 5.5% anual que sería necesaria para que se alcanzara el ODM 5. Ninguna de las regiones de los miembros de las Naciones Unidas han alcanzado ese 5.5%, aunque Asia Oriental se le acerca con una reducción anual del 4.2%. En el África Sub-Sahariana, donde se registra la mayor mortalidad materna, la reducción anual ha sido de aproximadamente un 0.1%.

a) Muerte materna en adolescentes

Aproximadamente el 90 por ciento de los partos en adolescentes (12.8 millones) ocurren cada año en los países en desarrollo. En África Sub-Sahariana y Asia del sur, entre el 28 y 29 por ciento de las mujeres han dado a luz antes de los 18 años de edad. Las adolescentes entre las edades de 15 a 19 años tienen dos veces más probabilidades de morir durante el embarazo o parto que aquellas mayores

de 20 años; las jóvenes menores de 15 años tienen cinco veces más probabilidades de fallecer (Advocates for Youth, 2007).

Cada año en los países en desarrollo, al menos dos millones de mujeres jóvenes se realizan un aborto riesgoso. Los abortos riesgosos pueden tener consecuencias devastadoras, incluyendo el desgarre cervical, la perforación uterina, hemorragias, infecciones pélvicas crónicas, la infertilidad y la muerte. (Advocates for Youth, 2007). En Nigeria, las complicaciones relacionadas con el aborto dan cuenta del 72% de todas las muertes en mujeres jóvenes menores de 19 años; más aún, la mitad (el 50%) de todas las muertes maternas ocurren como consecuencia de los abortos riesgosos entre las adolescentes nigerianas.

Otras circunstancias que contribuyen a la vulnerabilidad en la salud sexual y reproductiva durante la adolescencia son:

- Muchos factores biológicos, económicos y culturales, tales como la pobreza, la malnutrición, un aparato reproductivo inmaduro, el matrimonio infantil y las desigualdades de género pueden comprometer la salud de una adolescente embarazada.
- El matrimonio infantil es una de las razones culturales que obra en contra de las mujeres adolescentes. Las mujeres casadas menores de 18 años exponen que son menos capaces de discutir el uso de anticonceptivos con sus parejas en comparación con las mujeres casadas mayores. (UNICEF,

2007) Asimismo, el matrimonio infantil también está asociado con el parto precoz. En Chad, Guinea, Malí y Nigeria —en donde prevalece el matrimonio infantil—, la mitad de todas las mujeres adolescentes dan a luz antes de la edad de 18 años.

- El matrimonio infantil también pone a las mujeres jóvenes en mayor riesgo de contraer el VIH. Los resultados de un estudio realizado en Kenia y Zambia muestran que las mujeres casadas entre 16 y 19 años de edad tienen una probabilidad del 75% de padecer el VIH en comparación con sus pares sexualmente activas pero no casadas. (UNICEF, 2007)
- La desigualdad de género pone a las niñas en mayor riesgo que a los niños, y afecta muchos aspectos de las vidas de las mujeres jóvenes, lo que incluye la disminución de oportunidades para la educación, el empleo, y el control sobre su propia salud reproductiva (UNICEF, 2009). La falta de educación también puede afectar la salud cuando limita los conocimientos de una mujer sobre la nutrición, el espaciamiento entre embarazos y la anticoncepción.
- A nivel mundial, más de 200 millones de mujeres no tienen acceso a los métodos anticonceptivos modernos y eficaces. En el mundo en desarrollo, la falta de acceso a la planificación familiar resulta en 76 millones de embarazos no planificados por año. (Zuehlke, 2010)

Los expertos exponen que el uso de anticonceptivos podría prevenir hasta el 35% de las muertes maternas. (Advocates for Youth, 2007) Asimismo, cuando se

incrementa el uso de anticonceptivos, las tasas de mortalidad infantil disminuyen en estos países. En aquellos países en los cuales menos del 10% de las mujeres usan anticonceptivos, la tasa de mortalidad infantil es de 100 muertes por 1000 nacimientos vivos, en comparación con 52 por 1000 en aquellos países en donde el 30% de las mujeres usan anticonceptivos.

b) Causas de la mortalidad materna

Según el informe del Estado Mundial de la Infancia 2009: Salud Materna y Neonatal publicado por UNICEF, las causas de muerte materna son múltiples; el 80% son debidas a causas directas, y de éstas, las 5 causas principales a nivel mundial no han variado en el transcurso de los años, que son: Hemorragias, Trastornos Hipertensivos del Embarazo, Infecciones, Parto Obstruido y Aborto Complicado (Parada Baños, 2007). Entre las causas indirectas mencionadas por el estudio, que representan aproximadamente el 20% de las muertes, se encuentran el Paludismo, la Anemia, las Enfermedades Cardiovasculares, y cada vez con mayor número, el VIH/SIDA. Cabe mencionar que durante las epidemias por Dengue y Gripe H1N1 muere un número importante de mujeres por muerte materna (UNICEF, 2009).

Las mujeres de cualquier país y de cualquier tipo de población pueden desarrollar complicaciones, pero es menos probable que las mujeres de los países en desarrollo obtengan tratamiento rápido y adecuado, por lo tanto es más probable que mueran. Para una mujer individual, el riesgo de la mortalidad materna es influenciado tanto por el riesgo asociado con el embarazo como por la cantidad de

veces que se embaraza. Cada vez que una mujer se embaraza, vuelve a correr el riesgo de la mortalidad materna, y los riesgos se acumulan durante su vida.

En países en desarrollo, donde tanto la mortalidad y fecundidad tienden a ser altas, el riesgo de por vida de muerte materna puede ser sorprendentemente alto.

En algunos países africanos, se estima que 1 de 7 mujeres morirán de complicaciones durante el embarazo o el parto, comparado a 1 sola mujer en varios miles en Europa y Norte América.

Además de las mujeres que mueren, muchas más sufren de graves pero no letales problemas de salud como resultado del embarazo o parto. La mayoría de mujeres con complicaciones obstétricas se recuperan, pero algunas sufren discapacidades de largo plazo incluyendo esterilidad y fístulas vesico-vaginales.

Una fístula vesico-vaginal es un estado en el cual un parto obstruido prolongado produce un orificio entre la vagina y el sistema urinario, dando como resultado una incontinencia crónica. Esto no sólo es doloroso, sino que si no es tratado (usual en el caso de países en desarrollo) puede producir aislamiento y estigmatización social.

Las complicaciones relacionadas con el embarazo son la causa número uno de muerte y discapacidad entre las mujeres en edad reproductiva a nivel mundial.

Son responsables por la pérdida de más del doble de “años de vida ajustados en función a la discapacidad” (AVAD) que de enfermedades de transmisión sexual, síndrome de inmunodeficiencia adquirida, o tuberculosis. No existe ninguna causa para los hombres que se acerque a la magnitud de la mortalidad y morbilidad materna. (Organización de las Naciones Unidas, 2013)

Las muertes maternas se presentan con frecuencia de forma súbita e imprevisible. Entre el 11% y el 17% ocurren durante el parto, y entre el 50% y el 71% en el puerperio; aproximadamente el 45% de las puerperales suceden durante las primeras 24 horas, y más del 75% en la primera semana (Parada Baños, 2007).

Con respecto al aborto, según lo publicado en la página de la OMS en diciembre de 2006, se observa que 19 millones de mujeres experimentan un aborto no seguro cada año en el mundo; 18,5 millones de ellos ocurren en países de continentes en vías de desarrollo: África: 4,2 millones, Asia 10,5 millones, Latinoamérica y el Caribe 3,8 millones. Además, 68 mil mujeres mueren por complicaciones de abortos no seguros cada año en estos continentes: África (30.000), Asia (34.000) y América Latina y el Caribe (4.000).

La OMS dice que la evidencia muestra que las mujeres buscan abortar aun cuando haya restricciones legales y que los abortos realizados en condiciones de ilegalidad son inseguros y proporcionados por personas inexpertas y en condiciones antihigiénicas y que la evidencia muestra también que las mujeres pobres y aquellas afectadas por las crisis y los conflictos son las que se encuentran en mayor riesgo.

En los lugares en donde hay menos restricciones para la disponibilidad de acceso a un aborto seguro, las muertes y las enfermedades se reducen drásticamente para las mujeres (Franck, 2010). Otro aspecto importante del problema es tener en

cuenta que más de la mitad de las mujeres embarazadas y una tercera parte de las que no lo están tienen anemia, una deficiencia que aumenta significativamente los riesgos de salud tanto en la madre como en los hijos.

c) Determinantes de la mortalidad materna

La mortalidad materna, como la hemos visto, está determinada por un conjunto de factores que interactúan entre sí y generan situaciones específicas que pueden aumentar las vulnerabilidades y los factores de riesgo que inciden en ella. Existen determinantes de la mortalidad materna relacionados con situaciones sociales, culturales y de la atención médica, que pueden presentarse de manera independiente o conjunta.

El esquema propuesto por Deborah Maine (1997) combina los diversos factores que intervienen en la mortalidad materna. Estos factores se agrupan utilizando un modelo llamado “Las tres demoras”:

1. Demora en tomar la decisión de buscar ayuda
2. Demora en llegar al servicio de salud
3. Demora en recibir el tratamiento adecuado

(Comunidad de Atención Primaria de la Salud para Educación y Consulta, 2005)

Existen otros factores relacionados con la mortalidad materna, como son:

— Alta fecundidad

- Baja prevalencia de anticoncepción
- Edades extremas de la vida
- Nivel bajo de escolaridad
- Lugar de residencia: urbana o rural
- Baja cobertura y de calidad del servicio de salud (Parada Baños, 2007)

La mayor parte de las defunciones y discapacidades maternas se producen como consecuencia de demoras en una o más de las tres circunstancias siguientes: el reconocimiento de las complicaciones, la llegada al centro médico, o la prestación de atención de buena calidad.

Los esfuerzos por prevenir esas demoras son esenciales para salvar las vidas de las madres y sus recién nacidos. La educación sobre planificación familiar y la prestación de servicios de planificación familiar de buena calidad también pueden contribuir a mejorar la situación (Physicians for Human Rights, 2007). También menciona este informe de la OMS que las “muertes maternas por violencia intrafamiliar” no ha sido un tema suficientemente abordado en los estudios de mortalidad materna (Anderson, 2011).

En los países en desarrollo, entre 1990 y 2000 la proporción de partos asistidos por personal capacitado aumentó del 42% al 52%, lo que indicaría una eventual reducción del número de defunciones maternas. Las conclusiones revelan las mejoras más notables en Asia Sudoriental y el Norte de África, mientras que el

cambio más lento se registra en el África Sub-Sahariana, donde la tasa de mortalidad ascendió del 40% en 1990 al 43% en 2000.

Los datos del informe para el 2006 a nivel mundial muestran que sólo un 60% de los partos que tuvieron lugar en países en desarrollo contaron con la presencia de asistentes de partería calificados (Movimiento Amplio de Mujeres Línea Fundacional, 2003).

Eso significa que unos 50 millones de partos domiciliarios no contaron con dicha asistencia. La cobertura oscila entre el 34% en África Oriental y el 93% en Sudamérica. La cobertura de la asistencia prenatal también es variable. En el Perú, el 87% de las embarazadas tuvieron al menos cuatro consultas prenatales, mientras que en Etiopía la cobertura fue tan sólo del 12%. (Oficina General de Epidemiología del Perú, 2003)

El informe de la OMS sobre muerte materna en el 2005 expone algunas recomendaciones para la prevención de muerte materna y señala que la atención en el parto es determinante en los casos de muerte materna. En relación a ello refiere que:

- La atención especializada al parto puede suponer la diferencia entre la vida o la muerte. Por ejemplo, una hemorragia intensa no atendida en la fase de expulsión de la placenta puede matar, incluso a una mujer sana, en dos horas. Una inyección de oxitocina administrada inmediatamente después del parto es muy eficaz para reducir el riesgo de hemorragia.

- La segunda causa más frecuente de muerte materna, en el 2005, la septicemia, puede reducirse mucho si se utilizan técnicas asépticas. La tercera, la pre eclampsia, es un trastorno hipertensivo del embarazo bastante frecuente, pero que se puede vigilar; aunque no se puede curar totalmente antes del parto, la administración de medicamentos como el sulfato de magnesio puede reducir el riesgo de convulsiones (eclampsia) potencialmente mortal.
- Otra causa frecuente de muerte materna, el parto obstruido, puede ser evitada o tratada por asistentes en la atención calificados. El parto obstruido se produce cuando el feto tiene una posición anormal o su cabeza es demasiado grande para el tamaño de la pelvis materna. Un instrumento simple para identificar tempranamente los problemas del parto es el partograma, un gráfico de la progresión del parto y del estado del feto y la madre que el personal cualificado puede utilizar para identificar la progresión lenta antes de que se produzca la obstrucción y tomar las medidas necesarias, entre ellas la cesárea.

El reporte de salud mundial señala que: *“Son muchas las causas de que las mujeres no reciban la asistencia que necesitan antes, durante y después del parto. En algunas zonas remotas es posible que no haya profesionales disponibles, y si los hay, que la atención no sea buena.”* (Organización Mundial de la Salud , 2008).

En otros casos la mujer no tiene acceso a los centros sanitarios porque no dispone de medios de transporte o porque no puede pagar el costo del transporte o de los

servicios de salud. Las creencias culturales y el estatus social de la mujer también pueden impedir que la embarazada obtenga la asistencia que necesita.

Para mejorar la salud materna hay que identificar y solucionar a nivel comunitario las deficiencias de capacidad y calidad de los sistemas de salud y los obstáculos al acceso a los servicios de salud.

C. Mortalidad Materna en América Latina

En las Américas, el contraste es evidente al comparar la Razón de Mortalidad Materna (RMM) de países como Canadá y Estados Unidos, que presentan cifras inferiores a 9 muertes por cada 100.000 nacidos vivos, con la de países como Guyana y Haití (Index Mundi, 2012). Según datos del Observatorio de Igualdad de Género de América Latina y el Caribe de la CEPAL, en 2008 estos países registraban, respectivamente, 270 y 300 decesos por cada 100.000 nacidos vivos. (CEPAL, 2011).

Esto explica por qué, en el año 2000, la Asamblea General de las Naciones Unidas consideró la reducción de la mortalidad materna como una de las metas contempladas en los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM); acordando una reducción del 75% para 2015 en América Latina. No obstante, la región presenta un panorama complejo en cuanto a los modos en que el acceso desigual de las mujeres a la salud reproductiva compromete el alcance de esa meta.

Para poder diseñar políticas y programas de salud materna efectivos y enfocados a las poblaciones más afectadas, los gobiernos deben contar con información verídica sobre la mortalidad materna en sus países. Sin embargo, la medición de la mortalidad materna es una tarea compleja, principalmente porque las naciones con sistemas de salud menos desarrollados suelen ser las que carecen de mecanismos confiables de identificación, registro y recuento de las defunciones maternas.

Según cifras oficiales, en el 2008 hubo un total de 5,670 muertes maternas en América Latina, sustancialmente menos de las 9,075 y las 7,864 estimadas por el Instituto de Métrica y Evaluación de la Salud (IHME por sus siglas en inglés) para el mismo período. (Grupo Interagencial de las Naciones Unidas en Argentina, 2012).

Según datos del Observatorio de la CEPAL, Chile y Uruguay presentan la Razón de Mortalidad Materna (RMM) más bajas de América Latina, en el 2008 estos países presentan así una RMM de 26 y 27 por 100,000 nacidos vivos respectivamente. Por su parte, Ecuador y Bolivia se sitúan en el otro extremo, con 140 y 180 muertes. En la mitad del espectro se ubican, en orden, Brasil (58), Venezuela (68), Argentina (70), Panamá (71), Colombia (85), México (85), Paraguay (95), Perú (98), Nicaragua (100), República Dominicana (100), El Salvador (110), Guatemala (110) y Honduras (110).

En el caso de Chile, estudios más recientes, como el Estado Mundial de la Infancia de UNICEF, reportan un descenso todavía mayor en la RMM, con 18 muertes por cada 100.000 NV en 2009, manteniendo así la tendencia decreciente que tuvo inicio en la década de 1990. Cuando se llegaron a registrar 41 muertes por cada 100.000 NV, gracias a que en los últimos 50 años se ha realizado una inversión permanente en el área de salud materno-infantil, lo que contribuyó a aumentar la atención profesional del parto y a reducir las enfermedades que complican el embarazo, parto y puerperio.

En ambos países (Chile y Uruguay) la principal causa de mortalidad materna era el aborto inseguro, realizando ambos países estrategias como el fortalecimiento de la planificación familiar, salud, educación de la población; implementación de políticas materno infantiles como la captación temprana del embarazo, atención del parto institucional, atención del aborto y el uso popularizado del mysoprostol (Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología , 2012).

D. Muerte Materna en Honduras

En Honduras la mortalidad materna en 1990 y 1997 fue de 182 por 100.000 nacidos vivos y de 108 por 100.000, respectivamente. En 2004 y 2005 la mayoría de las muertes se registraron en jóvenes de 19 a 35 años de edad sin instrucción o con estudios primarios solamente, durante el parto o en el puerperio inmediato. (Instituto Nacional de Estadística; Measure DHS, 2006)

Las principales causas de muerte materna fueron las hemorragias y el trastorno hipertensivos del embarazo. El análisis de los determinantes proximales de las muertes indica importantes deficiencias en el acceso a la atención de salud de calidad. Por lo anteriormente expuesto la PAHO considera que para Honduras será muy difícil alcanzar la meta de mejorar la salud materna para el 2015. (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2008)

A pesar de la disminución de la tasa de mortalidad materna, Honduras se ubica como uno de los países en Latino América con las tasas más elevadas. En el país cada 31 horas muere una mujer durante el embarazo, parto o puerperio y cada año, 1,400 niños(as) quedan sin madres (Federación Centroamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología, 2010). El 50% de las muertes maternas ocurren durante el parto y el posparto inmediato (0 a 1 día), y en general se relacionan con causas prevenibles y evitables como la hemorragia (47.1%); trastornos hipertensivos del embarazo (19.4%), infecciones (15.2%) y distocias (1%).

La tasa de fecundidad global (TFG) ha venido descendiendo en el país con relación a los datos del 2001, pero Honduras es el segundo país de Centro América con más alta tasa de fecundidad después de Guatemala (Instituto Nacional de Estadística; Measure DHS, 2006). Esta fecundidad está altamente relacionada con la edad de la primera relación sexual y la edad en que se tiene el primer hijo. Para el período 2003-2006, la tasa global de fecundidad (TGF) en Honduras se estimó en 3.3 hijos por mujer, lo que indica un descenso de un hijo si se compara con la TGF estimada en la ENESF 2001 de 4.4 hijos por mujer para el período 1998-2000.

De acuerdo a los resultados de la Encuesta de Demografía y Salud (ENDESA) 2005-2006 el 65% de las mujeres en unión estaban usando métodos anticonceptivos, en comparación con 62% en 2001. En el 2005-2006, el uso de métodos modernos asciende al 54% y el 9% a métodos tradicionales (51% y 11% en 2001), reflejando esto el conocimiento y la aceptación de los métodos de planificación familiar por la mujer.

Los porcentajes menores de uso de métodos anticonceptivos se encuentran entre las mujeres que residen en el área rural 61%, entre las mujeres sin educación 56% y las que pertenecen al estrato más pobre 53%. Como se ha demostrado, este segmento de la población por su poca educación, pobreza y difícil acceso a los centros de salud impide la promoción de los métodos de planificación. (Ministerio de Salud del Perú, 2004)

El 58% de las mujeres en edad fértil viven con su pareja: el 24% casada y el 34% en unión libre. La edad media a la primera unión de las mujeres de 20-49 es de 19 años y a la primera relación sexual es de 18 años. Sólo la mitad de los nacimientos ocurridos en los últimos cinco años eran deseados. (Instituto Nacional de Estadística; Measure DHS, 2006) La otra mitad no fueron deseados en el momento en que la madre quedó embarazada, ya sea porque querían tener su hijo más tarde o porque ya no deseaban más hijos.

a) Embarazo, parto y puerperio

Durante las últimas décadas, Honduras ha venido desarrollando estrategias para mejorar la calidad de la atención materna como: favoreciendo el acceso de las mujeres a la planificación familiar, la captación de las embarazadas antes de las 12 semanas de gestación, el acceso oportuno a la atención calificada del parto, y la atención de calidad del periodo del postparto.

Para tal propósito, se han diseñado normas actualizadas y estandarizadas que contienen los procedimientos básicos necesarios para que los proveedores de salud, tanto públicos como privados, puedan brindar una atención oportuna, segura y eficaz a las mujeres que demanden atención a los proveedores de salud en general; a fin de favorecer la normal evolución del embarazo, prevenir complicaciones e identificarlas precozmente para un manejo oportuno.

En dichas normas están incluidas las prácticas recomendadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y los nuevos enfoques basados en la evidencia científica disponible, para la atención de la mujer durante su embarazo, parto y post-parto. La cobertura de la atención prenatal por personal de salud ha mejorado en el país, ya que el 92% de las madres recibieron cuidado prenatal calificado, lo que significa un incremento de 9% con respecto al 83% estimado en la Encuesta Nacional de Epidemiología y Salud Familiar (ENESF) 2001. Estas atenciones son brindadas principalmente por médico en un 73% y por enfermera o auxiliar de enfermería en 19%.

A nivel nacional, el 81% de mujeres tienen al menos cuatro controles, situación que es un poco mejor en el área urbana (87%) que en el área rural (76%). La captación oportuna para el primer control prenatal también ha mejorado en el país; pero la calidad de las atenciones prenatales no es la adecuada. Un poco más de los dos tercios de las madres (69%) asiste a su primera visita antes del cuarto mes en comparación con el 56% reportado en 2001 (Instituto Nacional de Estadística, 2001).

El 67% de los nacimientos son atendidos a nivel institucional comparado con el 62% estimado en 2001. En el país, el 33% de los nacimientos tuvieron lugar en la casa, nivel que es 11 puntos inferior al registrado en 2001.

La proporción de partos en casa es más alta para las madres de 35 años y más; y para los nacimientos de orden seis y más (42% y 58%, respectivamente), situación desfavorable para este grupo poblacional que es el de mayor riesgo (Instituto Nacional de Estadística, 2001).

El 67% de los nacimientos son actualmente atendidos por profesionales de la salud (64% por médicos y 3% por enfermeras). Las diferencias por residencia son importantes: en las zonas urbanas, 90% de los nacimientos recibió asistencia del personal de salud frente apenas el 50% del área rural.

b) Violencia doméstica

La violencia en el ámbito familiar y social es un problema importante de salud pública y comprende: 1) La violencia física, 2) La violencia psicológica, 3) La violencia sexual, y 4) la violencia económica (la desigualdad en el acceso a los recursos económicos) constituye un factor de riesgo para la ocurrencia de muerte materna. (Comisión Nacional de Género de la Rama Judicial de Colombia, 2008)

A nivel nacional, el 15% de las mujeres fue maltratada alguna vez por parte de alguna persona, a partir de los quince años (Instituto Nacional de Estadística, 2001). El maltrato aumenta con la edad, desde el 9% entre las mujeres de 15-19 años hasta alcanzar su máximo valor entre las mujeres de 40-44 años con 21%, para luego disminuir ligeramente a 19% entre las mujeres de 45-49 años.

c) Autonomía de la mujer

La igualdad de género y el empoderamiento de la mujer son el fundamento para lograr que las madres y niños gocen de salud (Grupo Interagencial de las Naciones Unidas en Argentina, 2012).

En algunas zonas del país las mujeres aún enfrentan obstáculos para el uso de anticonceptivos, para obtener consejería sobre planificación familiar, o para decidir cuántos hijos tener y cuando tenerlos, debido al control que sobre ellas ejercen sus esposos o parejas.

Sólo un poco más de la mitad de las mujeres, 53%, deciden por sí mismas en qué usar el salario que reciben. En relación a quién recibe mayores ingresos, el 64% de las mujeres declaran ganar menos que su pareja, el 23% casi lo mismo y el 12% ganan más. El 1% de las mujeres con remuneración en efectivo tiene una pareja que no recibe ningún ingreso. Casi la mitad de las mujeres, el 49% comparten con su pareja decisiones relativas con el cuidado de la propia salud de la mujer. Un poco menos de la tercera parte (32%) decide por sí misma y en un 19% decide la pareja (Instituto Nacional de Estadística; Measure DHS, 2006).

En relación a la actitud que asume la mujer hacia que el esposo golpee a su esposa a nivel nacional, el 16% de las mujeres aceptan por lo menos una justificación para que el esposo golpee a la esposa.

Este porcentaje alcanza el 26% entre las mujeres sin educación, y el 27% en el estrato más pobre y disminuye rápidamente a medida que aumenta el nivel educativo y el quintil de riqueza. De igual manera, la proporción es mayor entre las mujeres rurales y entre aquéllas desempleadas o las empleadas que no reciben dinero en efectivo.

La proporción de mujeres que cree que se justifica que la esposa rechace las relaciones sexuales en todas las cuatro circunstancias estudiadas en la ENDESA 2005-06 es relativamente alto, 83%.

Las circunstancias estudiadas fueron: ella sabe que el esposo tiene una ITS, ella sabe que él tiene otras relaciones, ella ha dado a luz recientemente, o ella está cansada o no está dispuesta. Haber tenido un parto recientemente y saber que el marido tiene una infección de transmisión sexual son las razones aceptadas en mayor proporción por las mujeres (94%) como justificación para rechazar relaciones sexuales con la pareja.

d) El sistema de salud en Honduras

El sector salud en Honduras está constituido por la Secretaría de Salud (SESAL), el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) y el Sector privado, sin enlaces funcionales entre ellos.

La Secretaría de Salud, hasta mayo del 2004 estaba organizada administrativamente en 8 regiones de salud y éstas en áreas de salud bajo cuya jurisdicción estaban los hospitales de área y los establecimientos de atención ambulatoria (Centros de Salud con Médico y Odontólogo o CESAMO y Centros de Salud de Atención Rural o CESAR).

Durante el año 2004 se promulgó la Ley de Departamentalización de la Secretaría de Salud que establece el reordenamiento en tres niveles: Nacional, Regional Departamental y Municipal, creándose 18 regiones departamentales (una por cada departamento) y 2 Regiones Metropolitanas (Tegucigalpa y San Pedro Sula).

Además, se transfieren responsabilidades administrativas a las regiones de salud en el ámbito de contratación de personal y ejecución financiera.

Los servicios de salud son provistos fundamentalmente por la Secretaría de Salud la cual es la responsable de los servicios públicos que están divididos en veinte y ocho hospitales y veinte regiones sanitarias.

La Secretaría de Salud, según datos del censo de establecimientos del año 2002, tiene la mayor red de establecimientos en el país con 28 hospitales y 1,241 establecimientos de atención ambulatoria. El IHSS cuenta con 2 hospitales y 10 establecimientos de atención ambulatoria y el sector privado, ONG y otras instituciones administran 108 hospitales y 820 establecimientos ambulatorios.

En ese año, existían en el país 6,659 camas hospitalarias (0.97 camas por mil habitantes) distribuidas así: 4,656 camas en la SESAL, 250 camas en el IHSS, 1652 en el sector privado lucrativo, y 101 en ONG y otras instituciones.

En términos de personal de salud, se estima que existen 8.2 médicos, 3.2 enfermeras, 13.2 auxiliares de enfermería y 1.5 odontólogos por cada 10,000 habitantes en los años 2005-06 La Secretaría de Salud conduce las principales estrategias de salud a nivel nacional y local.

Actualmente se está proponiendo un proceso de Reforma del Sector Salud con la implementación de un Nuevo Modelo en Salud que consta de tres componentes:

1. Atención/Provisión
2. Gestión
3. Financiamiento

Los cuales contribuirán a cumplir con el objetivo de establecer un sistema plural, integrado y debidamente controlado que su objetivo principal sea la mejora en salud de los individuos, las familias y comunidades, que responda a las verdaderas necesidades de la población y que sea solidario en el aspecto económico.

En relación al acceso a servicios de salud, que si bien ha mejorado en el ámbito nacional incrementándose en un 56% con respecto a 1990 (UNICEF, 2012), continúan problemas de inequidad en la cobertura entre departamentos y entre sectores de la población, especialmente entre los sectores pobres y de mayor

riesgo, como ser la población de las diferentes etnias del país como: Lencas, Misquitos, Afro descendientes, y Chortís. Debido a su ubicación geográfica de difícil acceso, índices mayores de pobreza, aspectos propios culturales y ausencia de centros de salud es muy frecuente que estos no sean atendidos adecuadamente por el sistema en sus problemas de salud. (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2012)

En Honduras, casi 9 de cada 10 personas (88%) no están cubiertas por ningún tipo de seguro para su salud. Del total de población afiliada (12 por ciento), la mayoría (9 por ciento) está afiliada al Instituto Hondureño de Seguridad Social (Instituto Nacional de Estadística; Measure DHS, 2006).

e) Muertes maternas en el departamento de Atlántida

En el año 2009 fueron reportadas tres muertes maternas, con procedencia de los municipios de La Ceiba, Esparta y Arizona; respecto a las causas en dos de ellas (67%) se diagnosticó Pre Eclampsia Severa y Síndrome de Hellp; en un caso se diagnosticó Hemorragia Posparto (33%). Estos tres casos quedan clasificados como muertes obstétricas directas. (Región Departamental de Salud de Atlántida, 2013)

En el 2010 se presentó un incremento en el número de defunciones maternas registrándose 10 casos, los municipios de Ceiba y Arizona con tres muertes cada uno, Tela dos, Jutiapa y San Francisco uno cada uno, según la información del sistema de vigilancia rutinario.

Como primera causa Pre Eclampsia Severa y Síndrome de Hellp, con 3 casos representando 30%, dos casos por Dengue Hemorrágico y dos muertes por Tromboembolia Pulmonar para un 20% cada uno; muertes por Embolia de Líquido Amniótico, Hipertensión Intracraneal y Evento Cerebro Vascular con un caso y el 10% c/u de cada uno de ellos. De estos fallecimientos seis de ellos se clasifican como muertes obstétricas indirectas y cuatro como muertes obstétricas directas. (Región Departamental de Salud de Atlántida, 2013).

Como se ha venido exponiendo, desde finales de 1980, la mejora de la salud materna y la reducción de la mortalidad materna han sido puntos clave de varias cumbres y conferencias internacionales incluyendo la Cumbre del Milenio del 2000, donde se definieron los objetivos y metas del milenio.

El Objetivo de Desarrollo del Milenio cinco (ODM 5) plantea Mejorar la Salud Materna y define dos metas: 5 A Reducir entre 1990 y 2015, la Mortalidad Materna en tres cuartas partes, y 5 B lograr para el año 2015, el Acceso Universal a la Salud Reproductiva (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2008).

En este sentido para que Honduras cumpla la meta del Milenio 5A, tendría que reducir en tres cuartas partes la tasa de mortalidad materna de 1990, que fue de 182 a 46 por cien mil nacidos vivos en el año 2015. La razón de mortalidad materna (RMM) ha experimentado un descenso importante en la última década del siglo anterior, pasando de 182 a 108 muertes por 100,000 NV de 1990 a 1997.

Se debe tener en consideración, que la razón de mortalidad materna nacional oficial únicamente se ha obtenido a través de la realización de 2 encuestas sobre mortalidad materna en edad reproductiva (RAMOS), en 1990 y 1999 (con datos de 1997), desde entonces se han hecho esfuerzos diferentes por lograr una actualización de este dato.

Sin embargo existe el problema para monitorear los avances por la falta de un sistema de vigilancia de mortalidad materna que cuente con datos que puedan ser reconocidos oficialmente, ya que funciona como un proceso que produce información para la acción y no necesariamente datos estadísticos confiables y actualizados, constituyendo un reto de nación.

Según los resultados obtenidos por la investigación de la razón de mortalidad materna del año 1997, las razones más altas por departamento son: Gracias a Dios (326 X 100,000 NV), Intibucá (182 X 100,000 NV), Colón (174 X 100,000 NV), La Paz (146 X 100,000 NV) y Lempira (140 X 100,000 NV).

Aunque en la investigación de 1997 se logró caracterizar las muertes en mujeres en edad fértil, se actualizó los datos sobre magnitud, estructura y tendencia de la muerte materna en el país, y además se evaluó del impacto de las estrategias aplicadas por la Secretaria de Salud; no fue posible, a pesar de que era un propósito del estudio, sistematizar el proceso de registro de las muertes maternas, el modelo de búsqueda activa y la documentación de defunciones tanto de las muertes en edad reproductiva como maternas, lo que no permitió el desarrollo

completo del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la mortalidad materna a nivel nacional que produzca datos estadísticamente confiables.

En el año 2000 un estudio internacional publicado por OMS, UNICEF y UNFPA, estimó una tasa de 110 casos de muertes maternas por cada cien mil nacidos vivos. (UNICEF; OMS; UNFPA; Banco Mundial, 2005)

Desde el año 2004 a través de la Dirección General de Vigilancia de la Salud (DGVVS) de la Secretaría de Salud, se retoma de nuevo la vigilancia integrada a los eventos de notificación.

Desde entonces a la fecha se ha mantenido el registro y archivo de los casos de defunciones relacionadas con los embarazos notificados por las regiones sanitarias y hospitales correspondientes; se han producido las guías e instrumentos que sistematizan el trabajo para la vigilancia de la mortalidad materna y de la niñez; se han elaborado y publicado informes anuales sin llegar a construir la razón oficial debido a los problemas de registro y notificación oportuna de los casos.

Desde el año 2008 la Secretaría de Salud, impulsa la estrategia de país para la Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y de la Niñez (RAMNI), en este marco Honduras necesita cumplir su compromiso de país, con la Actualización de la Razón de la Mortalidad Materna (RMM), pero más allá de esto, se considera importante y urgente fortalecer el actual Sistema de Vigilancia de la Mortalidad Materna y del menor de cinco años, a través de desarrollar un proceso de “captación e investigación” con metodología RAMOS.

En cuanto al departamento de Atlántida y su relación con RAMNI, al cierre del cuarto año de haberse implementado el proceso de la reducción acelerada de la mortalidad materna y del menor de cinco años en la departamental, se puede mencionar que se avanza en la calidad de atención que se brinda a las embarazadas y a los niños; logrando mantener el cuidado integral de ambos a través de la implementación y sostenimiento de algunas actividades como ser: vigilancia de estado nutricional, salud bucal, exámenes de laboratorio, situación cérvico-uterino y aplicación de vacunas; cuyo cumplimiento se monitorea de manera periódica cada trimestre. Actividades relacionadas con la detección de neoplasias únicamente se promueve la mamografía.

Se han fortalecido las estrategias de Terapia de Rehidratación Oral, Hogar Materno, Lactancia Materna Exclusiva y Trabajo con la Comunidad. Mejorado el desabastecimiento de algunos insumos (métodos de planificación familiar, ácido fólico, sulfato ferroso, prenatales, basculas, camillas, y papelería); y además el recurso humano a través de capacitaciones, actualizaciones en las diferentes normas de atención.

IV. Metodología

El estudio forma parte del trabajo de investigación *Honduras Actualización de la Razón de Mortalidad Materna (2010)* realizado por la Secretaría de Salud a través de la Subsecretaría de Riesgos Poblacionales y la Dirección General de Vigilancia de la Salud.

El estudio fue de tipo descriptivo transversal, con la metodología RAMOS (llamada así por sus siglas en inglés, Reproductive Age Mortality Survey) en la cual se estudian todas las muertes de mujeres en edad reproductiva, sus causas y las posibles vías de prevención (IIEG México).

Debido al seguimiento de esta metodología, este estudio posee un énfasis en búsqueda activa de casos de mujeres en edad fértil, utilizando los instrumentos definidos por el subsistema de vigilancia de la mortalidad materna por medio de los formularios¹: Ficha de vigilancia de las muertes de mujeres en edad fértil (IVM-1), Ficha de investigación de las muertes relacionadas con el embarazo en la comunidad (IVM-2A), Ficha de investigación de caso de defunciones relacionadas con el embarazo ocurridas en hospitales (IVM-2B). Dichos instrumentos fueron utilizados como guía para recabar la información general y médica de los casos, la cual luego se vio complementada a través de la utilización de una autopsia verbal con parientes y/o familiares de una mujer en edad fértil fallecida, para verificar si murió por causas maternas.

¹ Ver Anexo 1

La población en estudio a nivel nacional estuvo formada por todas las mujeres en edad fértil entre los 10 y 49 años de edad residentes en Honduras, que murieron durante el periodo del 01 de Enero del 2009 al 31 de Diciembre del 2009, y de igual período en 2010.

En base al estudio nacional, y con el propósito de profundizar en los niveles departamental y municipal, la Secretaría de Salud a través de la Dirección General de Vigilancia de la Salud, y la Universidad Nacional Autónoma de Honduras representada en la Carrera de Postgrado de Salud Pública coordinan esfuerzos para que los trabajos de investigación con fines de tesis de los Maestros egresados puedan ser realizados con la base de datos nacional desagregada a los niveles territoriales departamental y municipal. Bajo esta línea, el presente trabajo tomará como referencia los datos recolectados a nivel institucional.

El presente trabajo se tipifica como un estudio Descriptivo Retrospectivo de Serie de Casos de la muerte materna, y de mujeres en edad fértil en el municipio de Tela, Atlántida durante el periodo 2009-2010. Mantiene como criterios de inclusión y exclusión los definidos en el estudio nacional: a) todas las mujeres fallecidas de 10 a 49 años de edad que fueron registradas en la oficina del Registro Nacional de las Personas en el municipio de Tela, b) las captadas por las unidades de salud y por la red de informantes claves a nivel comunitario, c) las muertes maternas de 10 - 49 años de edad que fueron registradas en la oficina del Registro Nacional de las Personas ubicado en el municipio de Tela, d) las captadas por las unidades del sector salud, registros de cementerios oficiales y los informados por la red de informantes claves a nivel comunitario.

Para la realización del estudio a nivel nacional la Secretaría de Salud estableció como criterios de exclusión el uso de la siguiente población: mujeres fallecidas de 10 a 49 años de edad que fueron registradas en las instituciones antes mencionadas pero que fallecieron fuera del país durante el periodo de estudio (se consideró residente en el extranjero aquella mujer que tuvo como periodo mínimo seis meses de vivir en otro país).

De acuerdo a las estimaciones de población por el Instituto Nacional de Estadística (INE) la población del Departamento de Atlántida en el año 2009 fue de 400,693, y en 2010 de 407,551 habitantes. En el municipio de Tela en el 2010 la población ascendía a 87,644 habitantes de estos 43,510 hombres y 44,134 mujeres.

Organización de la recolección de los datos: La recolección de los datos de las muertes ocurridas en el Hospital Tela y las que sucedieron en otros hospitales que correspondían a la población asignada al hospital estuvo a cargo de Dra. Gloria M. Zelaya M. Coordinadora de Unidad de Gestión de la Información y Epidemióloga del Hospital Tela con el apoyo de la asistente de esa unidad.

La investigadora formó parte del equipo de la investigación nacional siendo capacitada por el equipo conductor del nivel regional. Tuvo a su cargo la coordinación de la recolección de información, el llenado de fichas y protocolos de investigación de las muertes ocurridas en el Hospital Tela.

La monitoria del proceso estuvo a cargo del equipo conductor regional conformado por personal del Departamento de Vigilancia de la Salud. Se recolectaron los datos de todos los municipios de Región Departamental de Atlántida, manteniéndose comunicación permanente entre el nivel regional, municipal y del hospital en todas las actividades del proceso.

Se analizaba diariamente en el Departamento de Epidemiología del Hospital de Tela los resultados recolectados comparándose con los datos del resto municipio de Tela para evitar la duplicación de la información, de igual manera se hizo con la información regional, y la enviada por el hospital Mario Catarino Rivas de San Pedro Sula.

Procesamiento de datos: Una vez que se obtuvieron los registros de las muertes de mujeres en edad fértil y relacionadas con el embarazo, la Región Sanitaria de Atlántida, el municipio y hospital de Tela, se revisó y depuro las fichas para verificar el llenado de todas las variables contempladas en las mismas, identificar duplicidad de casos y codificación de aquellas que lo ameriten.

Plan de análisis: Las variables mínimas que se consideraron en el procesamiento de los datos fueron: a) características de la persona: edad, raza/grupo étnico, educación, estado civil, ocupación; b) características reproductivas del caso como ser: número de atenciones prenatales recibidas, paridad, duración del período de gestación, espacio ínter genésico, tipo de parto: vaginal, cesárea, momento obstétrico de fallecimiento; c) características de lugar: sitio de residencia, sitio de

fallecimiento; d) características de tiempo: incluyó el año, mes, día de la semana, hora del día en que ocurrió el evento y causa de muerte.

Los cuadros de salida que se obtuvieron para el análisis de los datos fueron:

- 1) Número de muertes de mujeres en edad fértil según procedencia;
- 2) Distribución según edad, ocupación, estado civil, etnia, escolaridad, causa básica de muerte de los casos;
- 3) Número de muertes relacionadas con el embarazo según procedencia (ciudad, aldea o caserío del municipio de Tela);
- 4) Distribución de acuerdo a edad, ocupación, escolaridad, estado civil, etnia, número de hijos al momento de su muerte;
- 5) Distribución de las muertes maternas obstétricas directas e indirectas;
- 6) Número de muertes ocurridas según el momento obstétrico;
- 7) Número de muertes maternas según sitio de ocurrencia;
- 8) Tipo de demora en la muerte materna;
- 9) Número de hijos huérfanos que ocasionaron las muertes maternas;
- 10) Sitio de las de las muertes maternas;
- 11) Número de atenciones prenatales recibidas;
- 12) Edad gestacional y número de embarazo;
- 13) Tipo de parto y causa básica de muerte materna.

Se utilizó para la construcción de cuadros y graficas los programas de Excel, Word y la metodología de Tablas Dinámicas.

V. Resultados

Con el propósito final de caracterizar y actualizar la tasa, variables de muerte materna y de mujeres en edad fértil, durante el periodo del 01 de Enero al 31 de Diciembre de los años 2009 y 2010, en el Municipio de Tela, departamento de Atlántida, se presentan a continuación tablas y gráficas, de muertes de MEF generadas a partir de los datos obtenidos de la investigación mostrando información sobre las variables estudiadas siendo ellas: edad, procedencia, escolaridad, estado civil, etnia, número de hijos, causa de muerte, número de atenciones prenatales, sitio de muerte, vía de parto, sitio de atención de parto, momento obstétrico de muerte, presencia de demora. Seguidamente se presentan los resultados de muertes de mujeres en edad fértil y maternas ocurridas en y con procedencia del municipio estudiado.

Tabla N° 1
Muertes de mujeres en edad fértil, Municipio de Tela, Atlántida 2009-2010

Clasificación	2009		2010	
	Nº	%	Nº	%
Muertes de mujeres en edad fértil no grávidas	31	100	18	86
Defunciones relacionadas con el embarazo	0	0	3	14
Total	31	100%	21	100%

Fuente: Base de datos de la Secretaría de Salud de Honduras de mortalidad materna y muerte de mujeres en edad fértil años 2009- 2010.

En ambos años se presentaron 52 muertes de mujeres en edad fértil en el municipio de Tela. 31 casos corresponden al año 2009 y 21 al 2010. Ocurriendo 3 muertes maternas (14 %) en el 2010 y ninguna en el 2009.

Tabla N° 2
Tasa de muerte de mujeres en edad fértil, Municipio de Tela,
Departamento de Atlántida 2009-2010

Tasa de Muerte / 1,000	2009		2010	
	N°	%	N°	%
Muerte de Mujeres en edad fértil	1.39	100%	0.84	100%

Fuente: Base de datos de la Secretaría de Salud de Honduras de mortalidad materna y muerte de mujeres en edad fértil años 2009- 2010.

En el año 2009 la tasa de muerte fue de 1.39/1000MEF y en el año 2010 de 0.84/1000MEF, observándose una disminución en este año.

Tabla N°3
Muerte de mujeres en edad fértil según edad, Municipio de Tela,
Departamento de Atlántida 2009-2010

Grupo de Edad	2009		2010	
	N°	%	N°	%
10-14 años	2	6	1	5
15-19 años	2	6	3	14
20-25 años	5	16	3	14
26-30 años	3	10	3	14
31-35 años	6	19	3	14
36-40 años	3	10	0	0
41-45 años	8	26	6	29
46-49 años	1	3	2	10
Sin Datos	1	3	0	0
Total	31	100%	21	100%

Fuente: Base de datos de la Secretaría de Salud de Honduras de mortalidad materna y muerte de mujeres en edad fértil años 2009- 2010.

Según grupos de edad en ambos años el rango de 41-45 años presentó el mayor número de muertes de mujeres en edad fértil con 26% (8) en 2009 y 29% (6) en 2010. En el 2009 de 31-35 con 19% (6 muertes), 20-25 con 16% (5 muertes). En el 2010 los rangos: 15-19, 20-25, 26-30 y 31-35 años con 10% (3 muertes) c/u.

Tabla N°4
Nivel de escolaridad en fallecimiento de mujeres en edad fértil ocurridas en el Municipio de Tela Atlántida durante 2009-2010

Escolaridad	2009		2010	
	N°	%	N°	%
Primaria Completa	4	13	10	47
Primaria Incompleta	2	6	4	19
Secundaria Completa	6	19	1	5
Secundaria Incompleta	2	6	2	10
Analfabeta	2	6	1	5
Universitaria	2	6	0	0
No Consignado	13	42	3	14
Total	31	100%	21	100%

Fuente: Base de datos de la Secretaría de Salud de Honduras de mortalidad materna y muerte de mujeres en edad fértil años 2009- 2010.

El nivel de escolaridad con mayor porcentaje en el año 2009 fue secundaria completa con 19% y primaria con completa con 13%. En 2010 obtienen mayores porcentajes primaria completa con 47%, primaria incompleta con 19% y secundaria incompleta con 10%. El dato no consignado con 42% en 2009 y 14% en el 2010.

Tabla N°5
Muerte de mujeres en edad fértil y ocupación del Municipio de Tela, Atlántida
durante 2009-2010

Ocupación	2009		2010	
	Nº	%	Nº	%
Ama de Casa	12	39	13	62
Profesional	1	3	0	0
Perito Mercantil	1	3	0	0
Comerciante	1	3	0	0
Empleada Doméstica	0	0	1	4.7
Vendedora	0	0	1	4.7
Alimentos	1	3	0	0
Estudiante	3	10	0	0
Otra	1	3	1	4.7
No Consignado	11	35	5	24
Total	31	100%	21	100%

Fuente: Base de datos de la Secretaría de Salud de Honduras de mortalidad materna y muerte de mujeres en edad fértil años 2009- 2010.

De acuerdo a la ocupación en el 2009 y 2010 la más frecuente fue Ama de Casa con un 39% (12 casos) y 62% (13 casos) respectivamente. El dato no consignado con un 35% (11 casos) en 2009 y 24% (5 casos).

Tabla N°6

Muerte de mujeres en edad fértil y estado civil, Municipio de Tela Atlántida durante 2009-2010

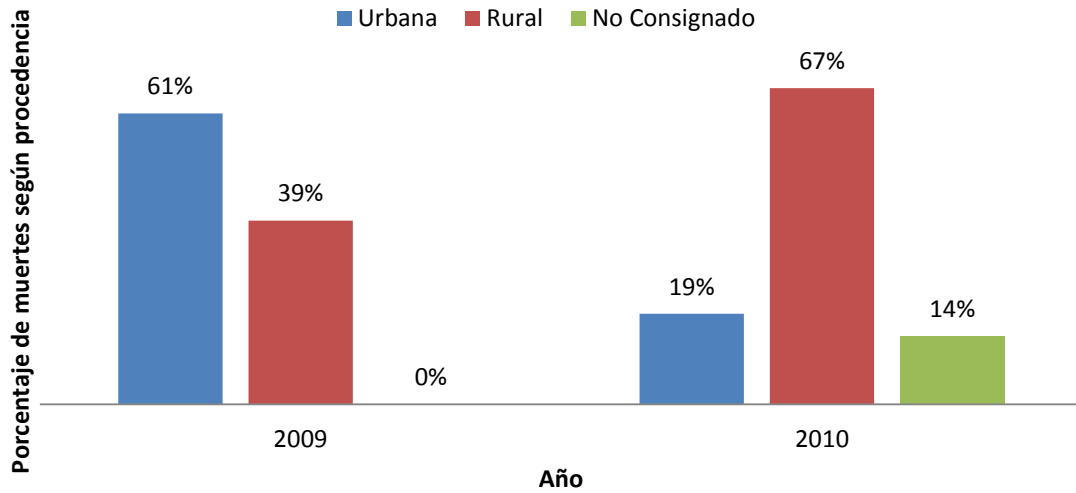
Estado Civil	2009		2010	
	Nº	%	Nº	%
Soltera	6	19	6	28
Unión Libre	5	16	9	43
Casada	7	23	4	19
Divorciada	1	3	0	0
No Consignado	12	39	2	10
Total	31	100%	21	100%

Fuente: Base de datos de la Secretaría de Salud de Honduras de mortalidad materna y muerte de mujeres en edad fértil años 2009- 2010.

Las mujeres casadas representaron el mayor porcentaje con 23%, solteras un 19% y en unión libre 16% en el 2009. En el 2010 la condición de unión libre de mayor porcentaje de 43%, solteras con 28% y casadas con 19%. El no consignado con 39% en 2009 y 10% en el 2010.

Gráfico N°1

Lugar de procedencia de muerte en mujeres en edad fértil en el municipio de Tela, Atlántida 2009-2010

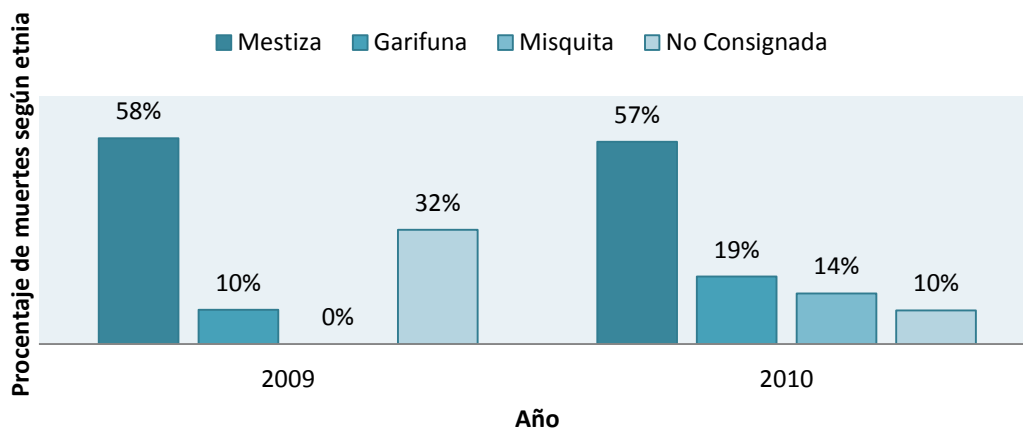


Fuente: Base de datos de la Secretaría de la Salud de Honduras de mortalidad materna y muerte de mujeres en edad fértil años 2009- 2010.

De acuerdo a la procedencia en el año 2009 el mayor número de los fallecimientos de las mujeres fueron del área urbana con 61% (19 mujeres) y el 39% (12 mujeres) del área rural. Contrario al 2010 donde el mayor número de mujeres procedían del área rural con un 67% (14) y un 19% (4) del área urbana, 3 mujeres sin dato de procedencia.

Gráfico N°2

Etnia en muerte de mujeres en edad fértil en el municipio de Tela, Atlántida 2009-2010



Fuente: Base de datos de la secretaría de la salud de Honduras de mortalidad materna y muerte de mujeres en edad fértil años 2009- 2010.

La etnia con mayor número de casos de muerte de mujeres en edad fértil en ambos años fue la Mestiza con porcentajes de 58% (18) y 57% (12) respectivamente en ambos años. La etnia Garífuna con 10% (3) en 2009 y 19% (4) en el 2010. Misquita con 14% (3) en 2010. No Consignado con un 32% (10) y 10% (2) respectivamente.

Tabla N°7

Sitio de muerte de mujeres en edad fértil, de Tela, Atlántida 2009-2010

Lugar	2009	%	2010	%
	N°	%	N°	%
Institucional	18	58	11	56
Comunitario	12	39	10	44
No consignado	1	3	0	0
Total	31	100%	21	100%

Fuente: Base de datos de la secretaría de la salud de Honduras de mortalidad materna y muerte de mujeres en edad fértil años 2009- 2010.

De acuerdo al sitio del fallecimiento el 58% (18 mujeres) fue Institucional y 39% (12 mujeres) Comunitario durante el 2009. En el año 2010 fallecen mayormente en la Comunidad con un 56% (11 muertes) y el 44% (10 casos) es Institucional contrario al 2009.

Tabla N°8

Atención médica antes del fallecimiento de mujeres en edad fértil en el Municipio de Tela, Atlántida durante 2009-2010

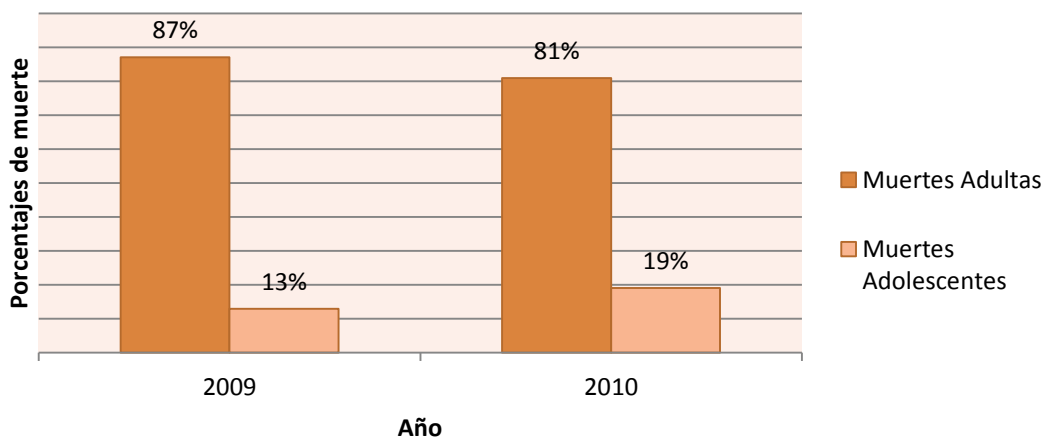
Clasificación	2009		2010	
	N ^o	%	N ^o	%
Si	18	58	11	52
No	12	39	9	43
No consignado	1	3	1	5
Total				

Fuente: Base de datos de la secretaría de la salud de Honduras de mortalidad materna y muerte de mujeres en edad fértil años 2009- 2010.

Con relación a la atención médica antes de su muerte en el año 2009 el 58% (18 mujeres) fueron atendidas. No así el 39% (12 casos). De igual manera en 2010 la mayoría 52% (11 mujeres) recibieron atención médica y el 43% (9 casos) no la recibió.

Gráfico N°3

Muerte de mujeres en edad fértil adolescente, durante 2009-2010 en el Municipio de Tela Atlántida

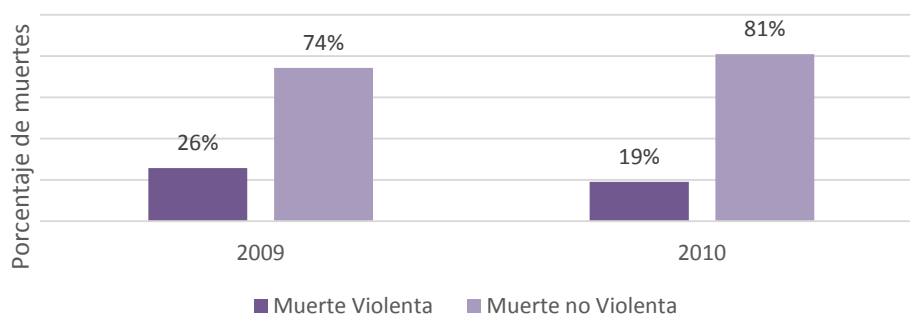


Fuente: Base de datos de la Secretaría de Salud de Honduras de mortalidad materna y muerte de mujeres en edad fértil años 2009- 2010.

Los casos de muerte en la población adolescente de 10-19 años, para el año 2009 representaron un 13% (4 adolescentes) y en el año 2010 un 19% (4). Siendo la mayoría de muertes en las mujeres de 20-49 años, (27 y 17) en ambos años.

Gráfico N°4

Muertes violentas de mujeres en edad fértil durante 2009-2010 en Tela, Atlántida



Fuente: Base de datos de la Secretaría de Salud de Honduras de mortalidad materna y muerte de mujeres en edad fértil años 2009- 2010.

Las muertes por causas violentas en mujeres en edad fértil en el año 2009 represento un 26% (8 muertes) y para el año 2010 un 19% (4). Las muertes por causas no violentas fueron mayores con 74%(23) y 81%(17) respectivamente

Tabla N°9

Causa básica de defunción de mujeres en edad fértil, según clasificación del CIE-10 del Municipio de Tela, Atlántida durante 2009-2010

Capitulo CIE-10	Descripción del Capitulo	2009		2010	
		No.	%	No.	%
S00-T98 V01-Y98	Traumatismos, Envenenamientos y algunas otras consecuencias de Causas Externas de Mortalidad	8	26	6	29
C00-D49	Tumores (Neoplasia)	8	26	7	33
O00-O99	Embarazo, Parto y Puerperio	0	0	3	14
A00-B99	Ciertas Enfermedades Infecciosas y Parasitarias	4	13	2	10
I00-I99	Enfermedades del Sistema Circulatorio	3	10	0	0
E00-E90	Enfermedades Endocrinas, Nutricionales y Metabólicas	2	6	1	5
J00-J99	Enfermedades del Sistema Respiratorio	0	0	1	5
K00-K93	Enfermedades del Sistema Digestivo	0	0	1	5
G00-G99	Enfermedades Inflamatorias del Sistema Nervioso	1	3	0	0
N00-N99	Enfermedades del Sistema Genitourinario	1	3	0	0
R00-R99	Síntomas, Signos y Hallazgos Anormales Clínicos y de Laboratorio no Clasificados en Otra Parte	4	13	0	0
	Total	31	100%	21	100%

Fuente: Base de datos de la Secretaría de Salud de Honduras de mortalidad materna y muerte de mujeres en edad fértil años 2009- 2010.

De acuerdo a la Causa Básica de Muerte se observa que en el año 2009 las causas más frecuentes de muerte son las incluidas en el capítulo de traumatismo, envenenamientos y algunas otras de causas externas y por neoplasias con un 26% (8 casos en cada uno).

En segundo lugar de frecuencia está la ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias con 13% (4 casos) y enfermedades del sistema circulatorio en tercer lugar con 10% (3 casos). El año 2010 la más frecuente es por causas de neoplasias con 7 casos (33%), y en segundo traumatismos, envenenamientos y otras causas externas con 6 muertes (29%). En este mismo año ocurren 3 muertes maternas (14%) siendo esta causa la tercera causa en frecuencia.

Tabla N°10

Lugar de muerte de mujeres en Edad Fértil con procedencia de Tela, Atlántida 2009-2010

Municipio	2009		2010	
	No.	%	No.	%
San Pedro Sula	11	35	3	14.3
Tela	16	52	15	71.4
No Consignado	4	13	3	14.3
Total	31	100%	21	100%

Fuente: Base de datos de la Secretaría de Salud de Honduras de mortalidad materna y muerte de mujeres en edad fértil años 2009- 2010.

Se observa mayoría de muertes de mujeres en edad fértil en el municipio de Tela, en ambos años: 16 y 15 casos respectivamente. En San Pedro Sula fallecen 11 y 3 en 2009 y 2010. En 7 muertes ocurridas en los dos años no se consigna esta información.

Tabla N°11

Muerte materna en el Municipio de Tela, Atlántida durante 2009-2010

Clasificación	2009		2010	
	Nº	%	Nº	%
Muertes Maternas	0	0	3	14
Muertes no Maternas	31	100	18	86
Total	31	100%	21	100%

Fuente: Base de datos de la Secretaría de Salud de Honduras de mortalidad materna y muerte de mujeres en edad fértil años 2009- 2010.

En el 2009 no ocurrió ninguna muerte materna contrario al año 2010 con 3 fallecimientos, para un 14%.

Tabla N°12

Muertes maternas obstétricas según clasificación, 2010 Tela- Atlántida.

Clasificación muerte materna	2010	
	Nº	%
Directa	3	100
Indirecta	0	0
Total	3	100%

Fuente: Base de datos de la Secretaría de Salud de Honduras de mortalidad materna y muerte de mujeres en edad fértil años 2009- 2010.

En el año 2010 se presentaron 3 muertes maternas en el municipio de Tela de las cuales el 100% fueron por causas Obstétricas Directas del Embarazo.

Tabla N° 13
Tasa de muertes maternas, Municipio de Tela, Departamento de
Atlántida 2009-2010

Tasa de Muerte / 1,000MEF	2009		2010	
	N°	Tasa	N°	Tasa
Muerte Materna	0	0	3	0.12

Fuente: Base de datos de la Secretaría de Salud de Honduras de mortalidad materna y muerte de mujeres en edad fértil años 2009- 2010.

En el año 2010 ocurrieron 3 muertes maternas para una tasa de 0.12/1000 MEF. En 2009 no se produjo ninguna muerte materna por lo que el indicador permanece en cero.

Tabla N°14
Muerte materna y Variables demográficas en el municipio de Tela, Atlántida
año 2010

Variables Demográficas	2010	
	No.	%
Estado Civil		
Unión Libre	3	100
Ocupación		
Ama de Casa	3	100
Grado de Escolaridad		
Primaria Incompleta	2	67
Analfabeta	1	33

Fuente: Base de datos de la Secretaría de Salud de Honduras de mortalidad materna y muerte de mujeres en edad fértil años 2009- 2010.

Según las variables demográficas: Estado Civil y Ocupación el 100% (3 casos) de las mujeres fallecidas convivían con sus parejas en unión libre, ocupación ama de casa. Con relación a la Escolaridad: 2 de ellas tenían primaria incompleta y una era analfabeta.

Tabla N°15

Muerte materna y número de embarazos en el municipio de Tela, Atlántida durante el año 2010

Número de Embarazos	2010	
	No.	%
2	1	33
7	1	33
11	1	33
Total	3	100%

Fuente: Base de datos de la Secretaría de Salud de Honduras de mortalidad materna y muerte de mujeres en edad fértil años 2009- 2010.

De acuerdo al número de embarazos y muerte materna, dos mujeres fueron grandes multíparas con 7 y 11 embarazos respectivamente y una secundigesta.

Tabla N°16

Muerte materna y atenciones prenatales en el municipio de Tela, Atlántida durante el 2010

N° de Atenciones Prenatales	2010	
	No.	%
2	1	33.3
8	1	33.3
N/C	1	33.3
Total	3	100%

Fuente: Base de datos de la Secretaría de Salud de Honduras de mortalidad materna y muerte de mujeres en edad fértil años 2009- 2010.

Se observó de 2 y 8 atenciones prenatales y un caso sin información.

Tabla N°17
Muerte materna y edad gestacional en el municipio de Tela, Atlántida año 2010

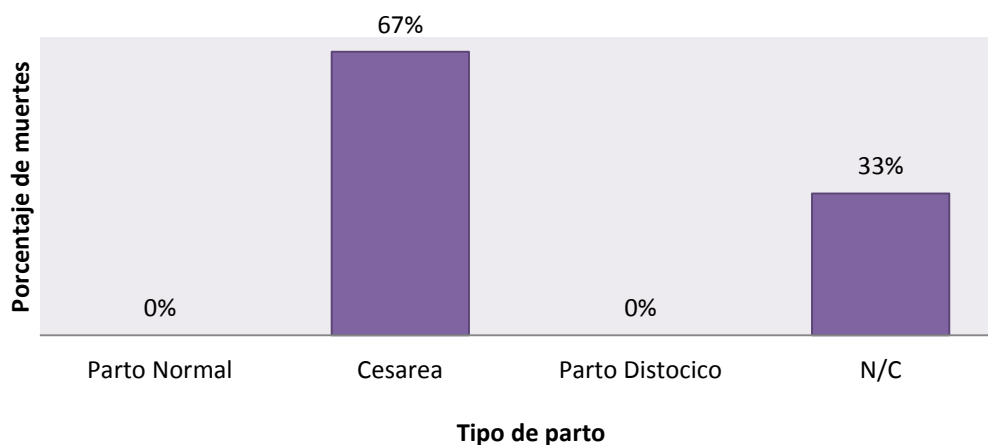
Edad Gestacional	2010	
	No.	%
30	1	33
35	1	33
N/C	1	33
Total	3	100%

Fuente: Base de datos de la Secretaría de Salud de Honduras de mortalidad materna y muerte de mujeres en edad fértil años 2009- 2010.

Dos de las muertes maternas ocurrieron en el tercer trimestre del embarazo con 30 y 35 semanas de gestación. En un caso no se tiene esta información.

Gráfico N°5

Tipo de parto en casos de muerte materna en el municipio de Tela, Atlántida 2010



Fuente: Base de datos de la Secretaría de Salud de Honduras de mortalidad materna y muerte de mujeres en edad fértil años 2009- 2010.

El 67% (2) de las muertes maternas se dieron en mujeres que su fue parto vía cesárea, un caso sin información.

Tabla N°18

Muerte materna y causa básica de muerte materna, del municipio de Tela Atlántida durante 2010

Código CIE 10	Categoría	2010	
		No.	%
O15.9	Eclampsia	1	33
O14.1	Pre-eclampsia Severa	1	33
O88.1	Embolia de Líquido Amniótico	1	33
	Total	3	100%

Fuente: Base de datos de la Secretaría de Salud de Honduras de mortalidad materna y muerte de mujeres en edad fértil años 2009- 2010.

De acuerdo a la causa básica de muerte materna dos de las muertes presentadas en 2010 fueron por trastornos hipertensivos relacionados con el embarazo: Eclampsia y Pre-eclampsia Severa representando el 67% (2). La muerte restante se debió a una Embolia del Líquido Amniótico 33%(1).

Tabla N°19

Muertes maternas y momento obstétrico en que ocurrió la muerte del municipio de Tela, Atlántida 2010

Momento Obstétrico	2010	
	No.	%
Embarazo	0	0
Parto	0	0
Puerperio	2	67
N/C	1	33
Total	3	100%

Fuente: Base de datos de la Secretaría de Salud de Honduras de mortalidad materna y muerte de mujeres en edad fértil años 2009- 2010.

El 67% (2) de las muertes maternas ocurrieron durante el puerperio.

Tabla N°20
Muerte materna durante el puerperio en el municipio de Tela, Atlántida 2010

Puerperio	2010	
	No.	%
Menos de 24 horas	1	33
24-48 horas	1	33
más de 48 horas	0	0
N/C	1	33
Total	3	100%

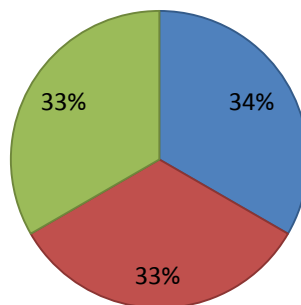
Fuente: Base de datos de la Secretaría de Salud de Honduras de mortalidad materna y muerte de mujeres en edad fértil años 2009- 2010.

Ocurren dos muertes maternas durante el puerperio inmediato entre 24-48 horas.
 Un caso sin información.

Gráfico N°6

Sitio del parto en casos de muerte materna en el municipio de Tela, Atlántida 2010

■ Hospital Tela ■ Hospital Puerto Cortés ■ N/C



Fuente: Base de datos de la Secretaría de Salud de Honduras de mortalidad materna y muerte de mujeres en edad fértil años 2009- 2010.

De las tres muertes maternas el 67%(2) su parto fue atendido en hospital público, de Tela y de Puerto Cortés. Un caso sin información.

Tabla N°21
Muertes maternas y demoras identificadas del municipio de Tela, Atlántida durante 2010

Muertes Maternas	2010	
	No.	%
No Demora	1	33.33
Demora 1 y 2	1	33.33
N/C	1	33.33
Total	3	100%

Fuente: Base de datos de la Secretaría de Salud de Honduras de mortalidad materna y muerte de mujeres en edad fértil años 2009- 2010.

Se observa una muerte sin demora. La presencia de dos demoras: No.1 (tardanza en tomar la decisión por parte de la paciente o familia de buscar ayuda) y demora No.2 (tardanza en llegar al servicio de salud) en una de las muertes. Un caso sin información.

Tabla N°22
Cálculo del sub-registro de las muertes de materna en el municipio de Tela, Atlántida durante el 2010

Muertes maternas	2010	
	N°	%
Muertes Maternas Captadas por el Sistema de Vigilancia Rutinario (b)	2	67%
Muertes no captadas	1	33%
Total Muertes Maternas Captadas por Investigación (a)	3	100%

Fuente: Base de datos de la Secretaría de Salud de Honduras de mortalidad materna y muerte de mujeres en edad fértil años 2009- 2010.

El sub registro encontrado en el Sistema de Vigilancia Rutinario fue de 33.3%.

VI. Análisis de Resultados

De acuerdo al último informe de los resultados a nivel mundial de los Objetivos de Desarrollo del Milenio que publicó la Organización de las Naciones Unidas en lo relativo al ODM N°5 del año 2013 la tasa de mortalidad materna ha disminuido en todo el mundo en 47% durante los últimos 20 años, y se ha pasado de 400 muertes maternas por 100,000RNV (recién nacidos vivos) en 1990 a 210/100,000RNV en el 2010.

Honduras es uno de los países comprometidos en la reducción de las muertes maternas (ODM N° 5) para el año 2015 en tres cuartas partes; el país ha implementado varias acciones y estrategias a nivel nacional como: RAMNI (reducción acelerada de la muerte materna e infantil) CONE (cuidados obstétricos neonatales), actualización de las normas materno-infantiles, capacitaciones al personal de salud y a la población, contratación de personal de salud y la dotación de insumos con el objetivo de disminuir este tipo de muertes.

Siendo la mortalidad materna un problema muy importante de salud pública a nivel mundial y para el país de igual manera, la Secretaria de Salud Pública de Honduras realizó una investigación sobre la ocurrencia de muertes de mujeres en edad fértil y materna e infantil con el propósito de actualizar la razón de muerte materna del país y conocer algunas de las características y variables que tenían mayor influencia en esas muertes.

Los resultados obtenidos en la investigación realizada en el municipio de Tela, como parte de la investigación a nivel nacional, revelaron que el número de mujeres en edad fértil que fallecieron de este municipio en el año 2009 fueron 31 y de 21 mujeres en el año 2010.

La tasa de muerte de mujeres en edad fértil para el municipio de Tela en el año 2009 fue de 1.89/1000MEF (31) y en el año 2010 de 0.84/1000MEF (21), observándose una disminución de muertes en este grupo de edad. Dicha disminución se debe probablemente a las diversas intervenciones gubernamentales como la implementación de la estrategia RAMNI (reducción acelerada de muerte materna y neonatal) que se implementó en el departamento de Atlántida y sus municipios en el año 2008, y asociado con CONE (cuidados obstétricos y neonatales esenciales). Esta iniciativa contó con un abordaje especial de capacitaciones al personal de salud, dotación de insumos en su momento y seguimiento al cumplimiento de su implementación en las diferentes unidades de salud del departamento de Atlántida.

Otras intervenciones que han podido influir en este descenso son la revisión e implementación de las normas de atención materna infantil con la inclusión de los nuevos avances internacionales en manejos del embarazo, parto y puerperio y sus complicaciones más frecuentes, incluidas las del menor de cinco años. Nuevas contrataciones en ese momento de personal técnico de salud involucrado en la atención de estos grupos de población prioritarios; así mismo la continuidad en la promoción los métodos de planificación familiar.

De acuerdo a los hallazgos de la investigación en ambos años el mayor número de muertes de mujeres en edad fértil ocurrieron en el rango de edades de 41-45 años con resultados de 8 muertes (26%) en el año 2009 y 6 muertes (29%) en 2010, dichos resultados se encuentran relacionados con la violencia y la detección de neoplasias a edades más temprana.

Con respecto al estado civil en ambos años se encontró que el mayor número de mujeres mantenían una relación de pareja de matrimonio o unión libre de 39%, en el año 2009 y 62% en 2010; ambos datos similares a la encuesta de ENDESA 2005-2006.

La procedencia de las mujeres que fallecieron durante el año 2009 fue en su mayoría del área urbana con 61% (19 casos) a diferencia del año 2010 en el que la mayor parte de ellas procedían del área rural, con un porcentaje 61% (14 casos). Es importante destacar que el año 2010 el 100% de las muertes maternas procedieron del área rural.

En conclusión las muertes de mujeres en edad fértil se presentaron en mayor frecuencia entre las edades de 41-45 años, en mujeres que mantenían una relación estable de pareja en matrimonio o unión libre, mestiza, en amas de casa, como causa de muerte según CIE-10: Causas Externas y Tumor (Neoplasias) la procedencia urbana o rural varía de un año a otro.

El país a partir de la firma de los Objetivos de Desarrollo del Milenio en el año 2000, ha implementado varias estrategias para lograrlos, una de las acciones importantes es mejorar el acceso de la población a las unidades de salud.

Los resultados encontrados en la investigación del municipio, revelan que en el 2009, 18 mujeres (58%) fallecieron en un hospital, y en el 2010, 11 mujeres (52%).

En los últimos años a nivel mundial y en nuestro país, la población adolescente se ha convertido en un grupo que necesita una mayor vigilancia y cuidado. En el aspecto de la salud no es la excepción. Uno de sus mayores problemas es el incremento del embarazo al que se suma en la actualidad las muertes por causas violentas que se han incrementado en el país y además por la incursión de la mujer en el crimen organizado. Los resultados en este aspecto, revelaron que en el 2009 ocurrieron 4 muertes de adolescentes (13%), e igual número en el 2010 para un 19%. En ambos años prevalecieron las muertes de mujeres en edad 20-29 años.

Al evaluar las muertes violentas en la población adolescente encontramos que en el 2009 dos adolescentes de 15 y 16 años fallecieron ambas en accidentes de tránsito y en 2010 una adolescente de 19 años a causa de herida de arma de fuego en la cabeza.

Se observaron además de las causas violentas, 2 fallecimientos por cáncer en hueso de miembros inferiores (13 años) y del cuello de útero (18 años); una muerte por cirrosis del hígado (14 años), una por encefalopatía hipertensiva (13 años) y una por envenenamiento por plaguicida.

Con relación a las causas básicas de defunción en mujeres en edad fértil encontramos que: Traumatismos, envenenamientos y algunas otras

consecuencias de causas externas de mortalidad identificadas en el CIE-10:S00-T98 y V01-Y9, y Tumores (Neoplasias) identificadas en el CIE-10 C00-D49, presentaron 8 mujeres fallecidas (26%) para cada causa, siendo estas las más frecuentes en el año 2009. De igual manera en el año 2010 ambas causas fueron las de mayor frecuencia con 6 y 7 muertes con porcentajes de 29% y 33% respectivamente. Las muertes maternas ocupan el tercer lugar como causa básica de defunción.

De acuerdo al nivel educativo de la mujer se espera que las probabilidades aumenten en la búsqueda de atención médica institucional. Teniendo en consideración la información brindada por la encuesta ENDESA 2005-2006 en Honduras, encontramos en el departamento de Atlántida para las mujeres en edad fértil el promedio de años de escolaridad era de 6 años; el 8% de las mujeres con educación superior y el 92% sin educación. Relacionar el nivel educativo con sitio de muerte de las mujeres en edad fértil, no fue posible, debido a la falta de información para esta variable. Al momento en que fue completada la ficha, este dato no fue completado.

En nuestro país, es palpable el avance en la búsqueda y sensibilización de la mujer hacia la atención institucional, particularmente en salud materna, lo que se potencia con brindar una atención adecuada en las unidades de salud.

En el análisis de las muertes maternas, a nivel regional en América Latina en el año 2008 se registraron 5,670 muertes maternas, con una disminución considerable en relación a años anteriores.

En nuestro país, la razón de muerte materna en 1997 fue de 108/100,000rnv y entre el 2004 y 2005 la mayoría de las muertes se registraron en las jóvenes de 19 a 35 años, existiendo una reducción de estas muertes de acuerdo a datos no oficiales publicados.

En el nivel departamental de Atlántida, al caracterizar las muertes maternas según procedencia del municipio de Tela ocurridas en el año 2010 (año 2009 sin muertes maternas de este municipio) se observó una razón de 2.34/100,000rnv (128,110 población MEF del departamento de Atlántida/2010, por proyección INE) y de 97/100,000rnv de muerte materna global del departamento del año 2010.

De acuerdo a la clasificación obstétrica de las muertes del municipio de Tela, se observó que el 100% de ellas fueron muertes maternas obstétricas directas. La tendencia mundial es que el 80% de las muertes maternas son clasificadas como muertes directas. En el departamento de Atlántida en el año 2009, se reportaron 3 muertes maternas clasificadas todas como muertes obstétricas directas. Y en el año 2010 se documentaron 10 defunciones maternas de las cuales el 40% (4 mujeres) se clasificaron como muertes maternas obstétricas directas (3 de ellas pertenecían al municipio de Tela) y un 60% (6 fallecimientos) por causas indirectas. En ambos años las causas obstétricas directas en el municipio siguen siendo las mismas que en el resto del país e iguales a nivel mundial reportadas en la literatura de los países en desarrollo como son las hemorragias post-parto y pre-

eclampsia, no así en los países desarrollados que ya han superado este tipo de causas.

Dos de las muertes indirectas en el departamento de Atlántida fueron por dengue grave durante la epidemia de ese mismo año, incrementando las causas indirectas en ese periodo. El resultado dichas muertes se ve reflejado en la tasa de mortalidad materna en Atlántida para el 2010 que fue de 97/100,000rnv.

Procedencia del área rural puede ser factor contribuyente en la ocurrencia de muerte materna. El 100% de fallecimientos maternos del 2010 en Tela, su lugar de residencia fue rural, pudiendo haber contribuido en la ocurrencia de estas muertes maternas, ya que en el área rural la población posee menor educación, bajos ingresos económicos, poco poder de la mujer en las decisiones sobre su salud, difícil acceso a los establecimientos de salud y menor calidad en los mismos.

Con relación a la educación de las mujeres se sabe que su nivel de escolaridad influye de manera importante en sus actitudes y prácticas de su salud, en su comportamiento reproductivo, sus actitudes en relación al tamaño ideal de la familia, la práctica de la planificación familiar y la violencia intrafamiliar. En la investigación se encontró que de las 3 mujeres fallecidas, dos de ellas con primaria incompleta y una era analfabeta, reflejando esto la pobre o casi nula educación que poseían. Este bajo nivel educativo pudo haber influido.

La ocupación y estado civil de estas mujeres encontramos que el 100% eran amas de casa y estaban en unión libre, siendo frecuentes estos parámetros en el área rural del país de donde ellas procedían. Dichas características sumadas a su escasa educación y el escaso nivel educativo, pudieron favorecer la ocurrencia de problemas en su salud.

Las causas de la muerte materna, o los llamados determinantes sociales de la salud están configurados en el contexto social en el que se viven las mujeres entre ellos, la inferioridad educativa, económica, legal o familiar; los relacionados con su estado de salud y su conducta reproductiva; así como la calidad y el acceso, o ausencia de los servicios de salud para la atención materna y de planificación familiar. Todos estos aspectos son cruciales como factores determinantes para el aumento de las razones de mortalidad.

Analizando a nivel institucional, lo referente a las normas materno infantil actuales de la Secretaria de Salud, estas establecen brindar como mínimo cuatro atenciones prenatales en los embarazos de bajo riesgo, captándose idealmente la primera atención antes de las 12 semanas de gestación, la segunda cerca de la semana 26, la tercera alrededor de la semana 32, y la cuarta entre las semanas 36-38.

Según datos de la ENDESA 2005-2006 con relación a la atención prenatal en el país encontramos que a nivel nacional el 92% de las madres recibió atención prenatal por algún personal de salud calificado. La atención prenatal en el área urbana fue de 93% y rural 90%.

A pesar de tener estas buenas coberturas, la encuesta revela que 8% de las madres a nivel nacional no asistieron a las atenciones prenatales, dentro de este porcentaje se encontraron las mujeres con riesgo reproductivo, por ejemplo las madres entre 35 y 45 años con un 12%. La captación de la primera visita de atención prenatal fue antes de los 4 meses con 69%, de 4-5 meses de embarazo con 16%, 6-7 meses con 6% y a los 8 meses o más con 1%.

En la investigación del municipio de Tela los resultados revelaron: 2 y 8 atenciones prenatales respectivamente, un caso sin información. Al momento de su muerte con 30 y 35 semanas de gestación, una de las fallecidas sin información.

El riesgo de que una madre muera por causas obstétricas está muy relacionado con el número de embarazos a que se expone esa mujer a lo largo de su vida. En el contexto global, en los países en desarrollo, el riesgo de morir por estas causas es de 1/11 en cambio en los países desarrollados el riesgo es de 1/4,300. Con relación a este tópico es de alta importancia la edad de inicio de la vida sexual genital, así como, el inicio de la vida reproductiva.

Las mujeres con una edad temprana a la unión sexual tienden embarazos tempranos y alta fecundidad, de igual importancia es la edad de la primera relación sexual.

Según ENDESA 2005-2006 en el país la edad media de unión es a los 19 años. En el área urbana de 19.8 años, y rural de 18.2 años. En el departamento de Atlántida el promedio de años en que las mujeres se unen es de 18.5 años. En

nuestro estudio la distribución de fallecimientos maternos relacionados con la edad y el número de embarazos a que ellas estuvieron expuestas se dio así: en el caso de la madre de 26 años con 2 embarazos; la segunda de 32 años con 9 embarazos, y la tercera de 33 años con 11 embarazos. Siendo estas últimas madres de alto riesgo.

La atención oportuna, especializada y con calidad del parto puede suponer la diferencia entre la vida y la muerte. Se estima que un 40% de las mujeres tienen alguna complicación durante el embarazo, parto o puerperio, y en un 15% de dichas mujeres esas complicaciones ponen en riesgo su vida.

En nuestro país el 50% de las muertes maternas ocurren durante el parto y el post- parto inmediato (0-1 día).

En los últimos años Honduras ha implementado diferentes estrategias para mejorar la calidad de atención materna favoreciendo el acceso de las mujeres a la planificación familiar, la captación de las mujeres antes de las 12 semanas de gestación, el acceso oportuno de la atención calificada del parto y la atención de calidad del periodo del pos-parto.

En las tres muertes maternas que resultaron en la investigación, dos de ellas fallecieron en el Hospital Mario Catarino Rivas de la ciudad de San Pedro Sula, Departamento de Cortés.

El parto de ambas fue vía cesárea, realizadas una en el hospital de Tela y otra en el hospital Mario Catarino Rivas, ambas recibieron atención médica antes de su muerte, y el momento obstétrico de fallecimiento fue durante el puerperio. Una de

ellas, antes de 24 horas y la segunda entre 24-48 horas. El puerperio es el momento obstétrico durante el cual ocurren el mayor número de muertes maternas reportadas en el país. En el tercer caso no se obtuvo la información relacionada.

Existen varias causas directas e indirectas de muerte durante el embarazo, parto y puerperio, a nivel mundial el 80% de las muertes maternas son debidas por causas directas, dentro de estas las cuatro causas principales son: las hemorragias graves puerperales, las infecciones, los trastornos hipertensivos del embarazo y el parto obstruido; otra complicación importante es el aborto inseguro. Entre las causas indirectas (20%) que complican el embarazo o son agravadas por él mismo están: la malaria, el VIH/SIDA, la anemia, las enfermedades cardiovasculares, y dengue grave.

En el país un estudio del año 2008 realizado por la PAHO reveló que las principales causas de muerte materna fueron las hemorragias y los trastornos hipertensivos del embarazo.

En el departamento de Atlántida entre en el 2009 -2010 ocurrieron 13 muertes maternas de las cuales 7 (54%) fueron por causas directas y 6 (46%) indirectas. De las causas directas, 5 fueron por trastornos hipertensivos y las otra dos por hemorragia post- parto y embolia de líquido amniótico.

Entre las causas indirectas, 2 fueron por dengue grave, 2 por tromboembolia pulmonar, una por hipertensión intracraneal, y otra a causa de evento cerebro vascular. En los resultados encontrados en la investigación, 2 muertes maternas

fueron por trastornos hipertensivos y del tercer caso por embolia de líquido amniótico.

La mortalidad materna está determinada por varios factores que interactúan entre sí y generan situaciones especiales que pueden aumentar las vulnerabilidades y los factores de riesgo para que ocurran los fallecimientos maternos. El esquema llamado “Las Tres Demoras” combina los factores que se unen en la ocurrencia de los fallecimientos maternos los cuales ayudan en el análisis de las muertes maternas para generar medidas de prevención y evitar la ocurrencia de este tipo de muertes.

La mayor parte de las defunciones y discapacidades maternas se producen como consecuencia de demoras en una o más de las tres circunstancias siguientes: el reconocimiento de las complicaciones (Demora #1 demora en tomar la decisión de buscar ayuda), la llegada al centro médico (Demora #2 demora en llegar al centro médico) o la prestación de atención de buena calidad (Demora #3 demora en recibir el tratamiento adecuado).

En los resultados de la investigación del municipio encontramos un caso sin demoras, siendo la muerte de esta madre por pre-eclampsia severa que es una complicación grave del embarazo, fallece en el hospital. En la otra madre fallecida existió demora 1 y 2, que contribuyeron de alguna manera en la muerte de esta madre. En la tercera madre fallecida no se tiene información con relación a la demora. Es importante la documentación de las demoras para el análisis de las

muertes maternas en la formulación de recomendaciones en la prevención de las muertes maternas.

La vigilancia de la muerte materna en el país se mejora a partir del año 2004 a través de la Dirección General de Vigilancia de la Salud, por medio de las guías e instrumentos que sistematizan el trabajo de la mortalidad materna y de otros grupos de edad.

Estadísticas confiables son necesarias en el país para implementar estrategias de prevención de muerte materna y reducir o evitar sub-registro en este tipo de acontecimiento. Se evidenció en esta investigación un fallecimiento materno no identificado (33.3%) por el sistema rutinario de vigilancia local. Por lo que es necesario fortalecer la vigilancia local, a través de monitoreo continuos de la información generada en cada establecimiento de salud a nivel nacional.

VII. Conclusiones

1. Se observó una disminución en la tasa de muerte de mujeres en edad fértil en el año 2010 con relación al 2009, de 1.05/1,000MEF (2009=31 y 2010= 21 muertes).
2. En el año se detectaron tres muertes maternas en el municipio de Tela lo que representó una tasa de 0.12/1,000MEF. No se detectaron muertes maternas en el 2009.
3. Las causas básicas de muerte más frecuentes encontradas fueron las Neoplasias con 15 fallecimientos, en segundo lugar Traumatismos, Envenenamientos y Otras Causas Externas con 14 casos y en tercer lugar las muertes relacionadas con la Violencia con 12 muertes, todas en ambos años.
4. El perfil encontrado de las mujeres en edad fértil fallecidas fue: ama de casa, rango de edad de 41-45 años, mestiza, sin educación universitaria.
5. Las tres muertes maternas fueron clasificadas como Obstétricas Directas: Eclampsia, Pre-eclampsia Severa y Embolia Pulmonar de Líquido Amniótico.

6. Las características encontradas en la mujer que fallece por causas relacionadas a su embarazo: bajo nivel educativo, unión libre, promedio de edad 30 años, ama de casa, mestiza, con residencia en el área rural y gran multípara: 11, 7 y 2 hijos.
7. Se identificó la presencia de Demora 1 y 2 en una de las muertes, una de ellas sin demora y de la otra sin información.
8. Se detecta sub-registro en el nivel local de 33.3% (una muerte materna no detectada).
9. Falta de información en la mayoría las muertes, se debe mejorar la recolección de la información.
10. Vigilancia de la Salud del Hospital Tela implementó un monitoreo continuo por la Epidemióloga en el llenado de los expedientes, de instrumentos de muerte de mujeres en edad fértil, materna y otros; además se mejora la comunicación con el Hospital Mario Catarino Rivas en el seguimiento de pacientes referidas.

VIII. Recomendaciones

1. Monitoreo continuo por el nivel local del llenado completo, legible y oportuno de los expedientes e instrumentos de la Vigilancia de la muerte materna y de mujeres en edad fértil.
2. Fortalecer la detección oportuna de las neoplasias, para iniciar tratamientos que mejoren la calidad de vida y eviten tempranamente la muerte por estas causas.
3. Brindar atenciones prenatales con calidad a la mujer embarazada, en cada uno de los niveles de la red a la que asiste.
4. Monitoreo permanente en cada uno de los niveles de la red, en el manejo de las complicaciones obstétricas, especialmente en el ámbito hospitalario.
5. Optimizar la comunicación en la red de salud pública para la detección de muertes maternas y de mujeres en edad fértil.
6. Mejorar la distribución de información sobre los riesgos y complicaciones del embarazo para empoderar a las mujeres y familias durante esta etapa, de manera que se puedan evitar las muertes maternas.

IX. Glosario

Los términos técnicos utilizados en el presente trabajo fueron:

Matrimonio Infantil: El matrimonio infantil es aquel llevado a cabo antes de la pubertad o poco después de que esta se produzca. Puede provocar el abandono de la educación, problemas de salud y maltratos. Es una práctica común en África subsahariana y en Asia meridional.

Mujer Adulta: Mujeres en edades de 20 a 49 años.

Mujer en Edad Fértil: mujeres en edad comprendida entre los 10 y 49 años.

Muerte de Mujer en Edad Fértil: Muerte de una mujer en edades comprendidas entre los 10 y 49 años independientemente de la causa de defunción.

Muerte Materna: 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 o incidentales.

Muerte Obstétrica Directa: Es la muerte materna que resulta de complicaciones obstétricas del embarazo (embarazo, parto y puerperio), de intervenciones, de omisiones, de tratamiento incorrecto o de una cadena de acontecimientos origina en cualquiera de las circunstancias mencionadas.

Muerte Obstétrica Indirecta: Es la muerte materna que resulta de una enfermedad existente desde antes del embarazo o de una enfermedad que evoluciona durante el mismo, no debidas a causas obstétricas directas pero si agravadas por los efectos fisiológicos del embarazo.

Muerte No Materna: 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 causas accidentales o incidentales.

Muerte Materna Tardía: Es la muerte de una mujer por causas obstétricas directas o indirectas que ocurre después de los 42 días hasta 365 días de la terminación del embarazo.

Muerte Violenta: es el término de la vida a causa de la imposibilidad orgánica de sostener el proceso homeostático debido a un traumatismo contundente y de forma fortuita o bien como consecuencia de que otro individuo ha decidido acabar con su vida. Las causas de muerte violenta incluyen asesinatos, accidentes automovilísticos y asaltos entre otros.

Pubertad: La pubertad es la primera fase de la adolescencia y de la juventud. Normalmente se inicia a los 10 años en las niñas, y a los 11 años en los niños varones, y finaliza a los 14 o 15 años.

Las estadísticas de la mortalidad materna suelen expresarse como:

Una Razón: La razón de la mortalidad materna es el número de muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos. Esta medida indica el riesgo de muerte entre las mujeres embarazadas y las que han dado a luz recientemente.

Una Tasa: La tasa de mortalidad materna es el número de muertes maternas por año por cada 100.000 mujeres entre los 15 y los 49 años. Esta medida refleja dos tipos de riesgos: el riesgo de morir que corre una mujer a causa de la maternidad y el riesgo de quedar embarazada.

Riesgo Durante la Edad Reproductiva: El riesgo de muerte durante la edad reproductiva es la probabilidad que tiene una mujer de morir a causa de las complicaciones del embarazo o del parto, en cualquier momento de su vida reproductiva. Por lo general, se utiliza para ilustrar las diferencias del riesgo que enfrentan las mujeres en los países desarrollados y en desarrollo.

Clasificación de la Muerte Materna según el Momento de la Muerte

La muerte materna puede ocurrir durante el embarazo, el parto o el post-parto, Por lo general, las causas tienen una relación consistente con el momento de la muerte, aunque habrá que tener cuidado, por ejemplo, con situaciones derivadas de la muerte por ruptura uterina, porque esta puede ocurrir durante el parto, e incluso durante el embarazo, pero provocar la defunción en el puerperio. Conforme el momento en que ocurran, las muertes maternas se clasifican en:

Muerte Materna Durante el Embarazo: Es la que ocurre antes del inicio del trabajo de parto, incluyendo aquella en la que ha habido rotura de membranas, pero sin que se hubiera iniciado la labor del parto.

Muerte Materna Durante el Parto: Es la que ocurre a partir del inicio del trabajo de parto, hasta la expulsión o extracción de la placenta.

Muerte Materna Durante el Puerperio: Es la que sucede después de la extracción o expulsión de la placenta y hasta los 42 días de post-parto.

Clasificación de la Muerte Materna según el Lugar de la Muerte

Muerte Materna Hospitalaria: Es La que ocurre en cualquier momento o en cualquier lugar de un hospital, establecimiento o puesto de salud, independientemente del tiempo transcurrido entre la llegada de la paciente y su deceso. La muerte de una paciente en tránsito hacia un hospital es considerada defunción hospitalaria si ocurre en una ambulancia. En tales casos y por simple acuerdo, la muerte es asignada al hospital de referencia.

Muerte Materna No Hospitalaria o Comunitaria: Son todas aquellas que no se pueden incluir dentro de la definición de Muerte Materna Hospitalaria. Esta definición incluye, por ejemplo, las defunciones que ocurren en el domicilio y en camino al hospital, si el traslado no ocurre en una ambulancia.

Causa Básica de Defunción

En la conferencia para la sexta revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10, se acordó que la causa de muerte para tabulación primaria se denominará causa básica de la defunción. El objetivo más efectivo de los programas de salud pública es prevenir la causa que da origen a todos los demás trastornos o afecciones que conducen a la muerte.

La Causa Básica de Defunción: ha sido definida como (a) la enfermedad o lesión que inició la cadena de acontecimientos que condujeron directamente a la muerte, o (b) las circunstancias del accidente o violencia que produjo la lesión fatal.



Nacidos Vivos: Es la expulsión o extracción completa del cuerpo de su madre, independientemente de la duración del embarazo de un producto de la concepción que, después de dicha separación respire o de cualquier otra señal de vida como latidos del corazón, pulsaciones de cordón umbilical o movimientos efectivos de los músculos de contracción voluntaria, tanto si se ha cortado o no el cordón umbilical y esté o no desprendida la placenta. Cada producto de un nacimiento que reúna estas condiciones se consideran como un nacido vivo.

Tasa de Mortalidad de Mujeres en Edad Fértil: Es el número de defunciones de mujeres en edad fértil (MEF) sobre el total de MEF para un periodo determinado.

Razón de Mortalidad Materna: Es el número de defunciones maternas directas e indirectas en un periodo sobre el total de nacidos vivos en ese mismo periodo multiplicado por una constante.

Tasa de Mortalidad Materna: Número de defunciones maternas (directas e indirectas) sobre el total de mujeres en edad fértil para un mismo periodo determinado.

X. Anexo I

 Secretaría de Salud Dirección General de Vigilancia de la Salud Departamento de Atención Integral a la Familia		
FICHA DE VIGILANCIA DE LA MUERTE DE MUJERES EN EDAD FERTIL (10 – 49 AÑOS)		IVM- 1
I. Datos de la unidad notificadora:		
1. Tipo de unidad : 1.Hospital <input type="checkbox"/> 2.CMI <input type="checkbox"/> 3.CESAMO <input type="checkbox"/> 4.CESAR <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/> PER <input type="checkbox"/>		
2. Nombre de la unidad: _____		Código RUPS _____
3. Región Sanitaria: _____		Código _____
II. Datos generales de la mujer		
4. Nombre: _____		
5. No. Expediente _____	6. Identidad: _____	
7. Edad: _____ años	8. Estado conyugal: Soltera <input type="checkbox"/> Casada <input type="checkbox"/> Viuda <input type="checkbox"/>	
	En Union libre <input type="checkbox"/> Divorciada <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
9. Sabía leer y escribir: Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Se ignora 9 <input type="checkbox"/> Si su respuesta es No continúe con pregunta 11		
10. Grado Escolaridad: _____ (Especifique en números)		11. Etnia: _____
12. Ocupación habitual: _____		
13. Dirección habitual: Departamento: _____		
Municipio _____ Aldea _____		
Barrio/colonia/caserío _____		
III. Datos de la muerte		
14. Esta muerte fue captada en : _____		
15. Fecha de muerte: _____ día _____ mes _____ año 16. Semana Epidemiológica _____		
17. Recibió atención médica 48 hrs antes de morir: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Se igno Si su respuesta es No pase a la pregunta 19		
18. Lugar de atención: Hospital <input type="checkbox"/> CESAMO/CESAR <input type="checkbox"/> CMI <input type="checkbox"/> Hosp/Clinica privada <input type="checkbox"/>		
19. Sitio donde ocurrió la muerte:		20. Lugar donde ocurrió la muerte:
Comunidad <input type="checkbox"/>		Departamento: _____
Institución <input type="checkbox"/>		Municipio _____
		Aldea _____ Barrio/Colonia _____
21. Especifique nombre del sitio donde ocurrió la defunción: _____		
IV. Causa de la defunción		
		Códigos
a) _____	debido a (o como consecuencia de)	22 _____
b) _____	debido a (o como consecuencia de)	23 _____
c) _____	debido a (o como consecuencia de)	24 _____
d) _____	debido a (o como consecuencia de)	25 _____
Otros estados patológicos: _____		
V. Caracterización de la fallecida		
26. Menstruaba al momento de muerte: <input type="checkbox"/> Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 Se ign <input type="checkbox"/> 9 27. FUM: _____		
26.1 Porque no menstruaba: _____		27.1 Se ignora FUM <input type="checkbox"/>
28. Fecha de ultimo parto: _____ / _____ / _____		27.1 Se ignora fecha <input type="checkbox"/>
VI. Clasificación de los casos		
29. Este caso se clasifica como:		
a. Una muerte de MEF que ocurrió durante el embarazo, parto, y puerperio	<input type="checkbox"/>	Continué con la investigación de caso, utilice el IVM 2
b. Una muerte de MEF que ocurrió entre los 43 y 365 días después de la terminación del último embarazo:	<input type="checkbox"/>	Concluya la investigación
c. Una muerte de MEF que no estaba embarazada, no era parturienta y no era puerpera	<input type="checkbox"/>	Concluya la investigación
30. Fuentes consultadas para completar este instrumento: _____		
31. Nombre de quien llena la ficha: _____		
32. Fecha llenado ficha: _____		Dia/Mes/Año CQ/DGVS

I. Información acerca de la muerte:

1. Sitio de Ocurrencia de la Muerte: a. Hospital b. CESAMO c. CESAR d. CMI
e. Hospital y Clínica Privada f. IHSS g. Casa
h. Otro i. Especifique otro: _____

2. Nombre del Sitio: _____

3. Escriba el número de historia clínica Cesar, CESAMO, Hospital u otro donde recibió atención prenatal: _____

4. Escriba el No. de historia clínica de la unidad donde recibió su última atención médica: _____

II. Antecedentes

1. Intervalo entre el parto o aborto anterior y la fecha de la última menstruación:

- a. No hubo gestación anterior b. Menos de 12 meses
c. 12 a 24 meses d. mayor de 24 meses e. Sin conocer dato

2. Antecedentes personales patológicos previos al embarazo actual:

- | | Si | No | | Si | No |
|-------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Hipertensión Crónica | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | g. Preclampsia embarazo anterior | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Diabetes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | h. Eclampsia embarazo anterior | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Cáncer ginecológico | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | i. Hemorragia obstétrica | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Anemia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | j. Infección Tracto Urinario crónica | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Tuberculosis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | k. Infección transmisión sexual | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Enfermedad VIH/SIDA | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | l. Sin Dato | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| m. Otros | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Especifique otros: _____ | | |

III. Datos Obstetricos relevantes

1. Fecha de última menstruación: Día _____ Mes _____ Año _____

2. Fecha probable de parto: Día _____ Mes _____ Año _____

- a. Fecha confirmada con carnet perinatal b. Sin confirmar, no tiene carnet perinatal

3. ¿De todos los partos, cuantos han sido por cesárea? No. Partos cesárea _____ Ninguno _____ No Sabe _____

Si la respuesta es NO debe continuar en la pregunta 5

4. Fecha última cesarea: Día _____ Mes _____ Año _____ (Incluye cesarea actual si fuere el caso)

5. Falleció la señora durante el aborto Si No No aplica

6. Falleció la señora después del aborto Si No No aplica (Si su respuesta es No pase a la pregunta 11)

7. El aborto actual (si fuere el caso) fue: espontáneo provocado No aplica

8. Le Practicaron legrado: Si No Se Ignora No aplica

9. Presentó complicaciones por el aborto Si No No sabe

10. Cual fue la complicación: _____

11. Cuantos hijos vivos ha dejado la señora (incluyendo los hijos que viven dentro o fuera de casa y el actual)? _____

12. ¿De los hijos que nacieron vivos, cuantos se han muerto? _____

13. ¿Cuántos de los embarazos finalizaron con recién nacidos muertos? _____

14. ¿Cuántos abortos ha tenido la señora (perdida de menos de 5 meses)? _____

15. ¿Entonces, la señora ha tenido: Embarazos Partos Abortos

2. Presentó durante el embarazo alguna complicación de su enfermedad? Si No No Sabe

Si su respuesta es "SI" especifique que complicación presentó. Si su respuesta es No pase a la pregunta 3

Especifique que presentó: _____

3. Pregunte al entrevistado sobre posibles signos de alarma que presentó la Señora en el embarazo actual.

Una vez escuchado lo que el entrevistado refiere concluya usted cuales signos presentó la Señora durante el embarazo

señalando el correspondie

	Si	No		Si	No
a. Sangrado vaginal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	e. Epigastralgia (Dolor boca estomago)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Edema (cara/extremidades)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	f. Convulsiones (ataques)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Visión Borrosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	g. Fiebre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Presión Alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	h. Varices (venas saltadas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Ninguno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	j. Otros		
k. Especifique otros:	_____				

4. Buscó atención por estos signos: Si No

a. Porque no busco ayuda: _____

5. Tomaba la señora algún medicamento antes de fallecer S N

6. Que medicamento tomaba la señora Especifique: _____

7. Abandonó el tratamiento que recibía: Si No No recibía tratamiento

VI. Datos del parto

No Aplica Muere en el Embarazo

1. Especifique donde ocurrió el parto:

a. Parto en Hospital

Pase a la sección VII

b. Parto en CMI

Continué con la pregunta 2

c. Parto en el Hogar

Continué con la pregunta 2

2. ¿El parto fue normal o cesárea? Normal (Vaginal) _____ Cesárea _____ No sabe _____

3. Formas de terminación del embarazo: Marque en el cuadro que corresponde

a. Parto b. Cesarea c. Aborto d. Sin dato

4. ¿El Parto fue: a. único b. múltiple

5. Especifique el tipo de parto o cesarea: Marque en el cuadro que corresponde

a. Vaginal espontáneo b. Vaginal instrumental c. No se sabe

6. Especifique la edad gestacional al momento del parto, o cesárea: _____ Semanas de gestación

7. Especifique ¿Cuánto tiempo duraron los dolores de parto? _____ Horas _____ Días No Sabe _____

8. ¿Rompió membranas (la fuente) la señora antes del parto? N No sab

9. ¿Cuántas horas pasaron después de romper la fuente y el nacimiento? _____ Horas No se sabe

10. ¿Que parte del cuerpo del bebe salió primero? Marque en el cuadro que corresponde

a. La cabeza c. Las nalgas e. No nació el niño

b. Los pies d. Los brazos f. No sabe

11. Fecha en que ocurrió el parto (Vaginal o Cesárea): Día _____ Mes _____ Año _____

11. Hora del parto _____

12. Donde ocurrió el parto: Marque en el cuadro que corresponde

a. Hospital b. Casa c. CMI d. IHSS

e. CESAMO f. Hospital/clinica Privada g. Otro

h. Especifique Otros: _____

IV. Preguntas sobre el último embarazo:

1. Durante este último embarazo ¿recibió atención prenatal?

- Si Si su respuesta fue **Si** pase a la pregunta 3.
No Si la respuesta fue **No** especifique por que no recibió atención y continúe con la pregunta 9
No se sabe Si fue **No se Sabe** pase a la pregunta 9

2. Porque no recibió atención prenatal: _____

3. ¿Dónde recibió la atención prenatal?

- a. Hospital Público b. Cesamo c. Cesar d. CMI e. En su hogar
f. Hospital IHSS g. Clínica periférica IHSS h. Hospital Privado i. Clínica privada
j. Otro k. Especifique Otro: _____

4. Nombre unidad donde recibió la atención prenatal: _____

5. Especifique quién brindó la atención prenatal: Marque en el cuadro que corresponde

- a. Médico general b. Médico Ginecoobstetra c. Enfermera Profesional
d. Auxiliar de Enfermería e. Partera f. No sabe
g. Médico Particular h. Otro:
i. Especifique otro _____

6. Número de atenciones prenatales recibidas por la señora _____ (Confirme con carnet perinatal)

7. ¿Cuántos meses de embarazo tenía la señora fallecida cuando inició la atención prenatal?

- a. Número de meses _____ No sabe b. Número de semanas de gestación: _____

8. Cuantos meses de embarazo tenía la señora fallecida cuando recibió la última atención prenatal?

- a. Número de meses _____ No sabe

9. Este caso se encontraba registrada en el listado de embarazadas (LISEMB): No

V. Patologías durante el actual embarazo :

1. Pregunte si la Señora padeció alguna(s) de las siguientes enfermedades durante su actual embarazo

Señale cual:	Si	No	Si	No
a. Diabetes Mellitus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	b. Problemas renales	<input type="checkbox"/>
b. Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	d. Paludismo	<input type="checkbox"/>
e. Problemas cardiacos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	f. Dengue	<input type="checkbox"/>
g. Problemas pulmonares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	h. Cancer	<input type="checkbox"/>
i. VIH/SIDA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	j. Infección de vías urinarias	<input type="checkbox"/>
k. Hemorragia obstétrica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	l. Toxoplasmosis	<input type="checkbox"/>
m. Otras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	n. Tuberculosis	<input type="checkbox"/>

o. Especifique otras: _____

Si su respuesta fue **No** pase a la pregunta 3

- 13. ¿Quién atendió el parto?** Marque en el cuadro que corresponde
- | | | | | | |
|------------------------------|--------------------------|------------------------|--------------------------|-----------------------------|--------------------------|
| a. Médico general | <input type="checkbox"/> | b. Ginecologo obstetra | <input type="checkbox"/> | c. Residente en obstetricia | <input type="checkbox"/> |
| d. Médico en servicio social | <input type="checkbox"/> | e. Medico Interno | <input type="checkbox"/> | f. Enfermera profesional | <input type="checkbox"/> |
| g. Auxiliar de enfermería | <input type="checkbox"/> | h. Partera | <input type="checkbox"/> | i. Ella Misma | <input type="checkbox"/> |
| j. Esposo | <input type="checkbox"/> | k. No sabe | <input type="checkbox"/> | | |
- l. Otro Especifique otro: _____

- 14. Presentó la señora signos de peligro durante el parto:** Pregunte por cada uno y marque el que corresponde:
- | | Si | No | | Si | No |
|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Rotura Prematura de membranas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | f. Convulsiones (Ataques) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Edema (Cara/extremidades) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | g. Alta Presión | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Presentación fetal anormal | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | h. Hemorragia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Retención placentaria | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | i. Parto prolongado | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Fiebre | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | j. Otro | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| k. Especifique otro: _____ | | | | | |

15. La placenta salió: Espontaneamente Fue extraida manualmente No salió la placenta

16. Cuanto tiempo después del nacimiento salio la placenta:

a. Minutos _____ b. horas _____ c. No se sabe _____

17. Después del nacimiento del bebe, la matriz estaba: dura blanda No sabe

18. Condición del recién nacido:

a. Fué aborto b. No pudo nacer c. Nació muerto
 d. Nació vivo y murió e. Nació vivo y sigue vivo

19. Si la Señora fallece durante el parto, Pregunte por la condición de la señora antes de su muerte:

- a. Presentó sudoración? Si No b. Presentó frialdad de miembros? N
 b. Presentó trastornos de conciencia? Si No
 c. Mencione otros signos y síntomas que presentó la señora antes de fallecer:

VII. Datos del puerperio No Aplica murió embarazada

1. Recibió atención puerperal Si No No se sabe
 (Si su respuesta es No pase a la pregunta 5)

2. Lugar atención puerperal:

a. Hospital b. CMI c. CESAMO d. CESAR e. Clinica y Hospital Privado
 f. Otro g. Especifique Otro _____

3. A los cuantos días después del parto recibió la atención puerperal ? _____Días

4. Quién brindó la atención puerperal ?

a. Médico b. Partera c. Enfermera Profesional d. Auxiliar Enf e. Ninguno
 f. Otro g. Especifique otros: _____

5. Presentó complicaciones en el puerperio: S N (Si la respuesta es No continúe con la sección F)

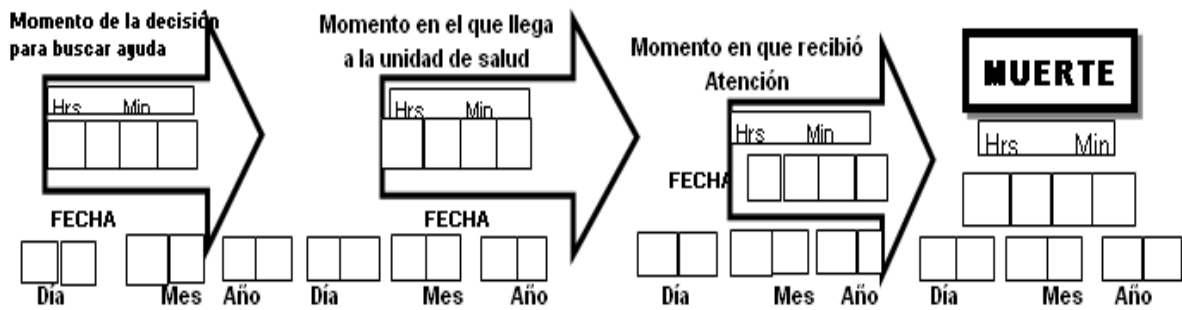
Cuales complicaciones presentó: _____

6. Pregunte al entrevistado que signos presentó la señora antes de morir.

Concluya usted y marque donde corresponde cuales signos presentó la Señora antes de fallecer:

	Si	No		Si	No
a. Fiebre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	b. Edema (Cara, extremidades)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Sangrado vaginal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	d. Loquios fétidos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	f. Palidez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
h. Especifique otros: _____					

VIII. Tiempo transcurrido desde que decide buscar ayuda hasta la muerte



1. Tiempo transcurrido desde que se sintió enferma hasta que decidió buscar ayuda:

Parte 3 A. Identificando Determinantes en la Muerte

Demora 1: Identificando el Problema

1. Identificó la familia que existían condiciones en la señora que agravaban el embarazo: S N
2. Quién identificó la existencia de señales de peligro, complicaciones y /o gravedad en el embarazo :
 - a. La Mujer
 - b. Su pareja
 - c. Madre de la Señora
 - d. Partera
 - d. Otro Especifique otro: _____
3. Como consideró la familia el problema de salud actual: Muy Grav Grav Poco grav
4. Cuando decidió salir a buscar ayuda, mencione los lugares a donde asistió:
 - a. Hospital
 - b. CESAMO
 - c. CESAR
 - d. CMI
 - e. Hospital privado
 - f. Hospital del IHSS
 - g. Partera
 - h. Otro:
 - i. Especifique Otro: _____

Demora 2: Identificando dificultades presentadas para buscar atención médica

1. Una vez que se identificó la gravedad y/o complicación, que problema existió, para buscar atención:
 - a. No sabían a donde acudir
 - b. No había con quien dejar a los otros hijo
 - c. Estaba sola, no había quien la acompañar
 - d. Falta de dinero para movilizars
 - e. Falta de transporte
 - f. Mal estado de los caminos
 - g. Unidad de salud muy lejos
 - h. Falta de dinero para pagar la atención
 - i. Comunidad de difícil acceso geográfico
 - j. Miedo, desconfianza a la unidad de salud / hospita
 - k. Otra dificultad
 - k. Especifique otra: _____
2. Medio de transporte utilizado para trasladar a la señora hora al hospital: _____
3. Tiempo que duró el traslado de su hogar a la unidad de salud mas cercana: _____ Horas

Demora 3: Dificultades identificadas por la familia en el sitio donde se brindó la última atención

1. La Familia considera que en la unidad de salud donde recibió la última atención fue atendida oportunamente

Si No

2. Cuanto tiempo espero para recibir la atención: especifique el tiempo: _____

3. La familia menciona que faltó algún equipo para su atención: Si No

a. Que equipos faltaron: _____

4. La familia menciona que faltó algún medicamento para su atención: Si No

Si la respuesta es **Si** especifique que medicamentos faltaron, si la respuesta es **No** siga con la pregunta 5

a. Que medicamentos faltaron: _____

5. Fue referida la Señora: Si No Si la respuesta es **No** siga con la siguiente sección

6. Medio de transporte que se utilizó para referirla:

a. Ambulancia b. Carro paila c. Transporte público d. Otro

e. Especifique otro: _____

Para muertes que ocurrieron en Clínica Materno Infantil

1. Existieron limitantes en la clínica materno infantil para atender a la Señora: Si No

Si la respuesta es **Si** especifique que limitantes existieron, si la respuesta es **No** siga con la pregunta 2

Especifique limitantes: _____

2. Había facilidades de transporte para movilizarla Si No

2. Al revisar el expediente el manejo de la Señora fue conforme a lo establecido en la Norma : Si No

Si la respuesta es No especifique que aspectos de la norma no se cumplió.

Parte 4 Clasificación del caso

1. Clasificación del caso

a. Muerte materna b. Muerte no materna (Si su respuesta es No pase a pregunta 4)

2. Clasificación de la muerte materna

a. Muerte Materna Obstétrica Directa b. Muerte Materna Obstétrica Indirecta

3. Una vez analizados todos los elementos contenidos en este instrumento,

El comité concluye que se trata de:

a. Muerte Materna prevenible o evitable b. Muerte Materna potencialmente Prevenible
c. Muerte materna no prevenible o no evitable

4. Causas de Muerte

Causas de muerte establecidas por el Investigador/ Comité Local que analiza la muerte	Causas de muerte establecidas por el Comité Regional en el análisis final del caso

PARTE 5 Análisis del caso por Comité de Mortalidad

1. Nombre y cargo de los participantes en el análisis local del caso:

- a
- b
- c
- d
- e
- f

2. Nombre y cargo de los participantes en el análisis Regional del caso:

- a
- b
- c
- d
- e
- f

Otros participantes:

XI. Bibliografía

Secretaría General de la Organización de los Estados Americanos. (7 de Junio de 2010). *Acceso a Servicios de Salud Materna desde una Perspectiva de Derechos Humanos*. Obtenido de Organization of American States:
<http://www.oas.org/es/cidh/mujeres/docs/pdf/SaludMaterna2010.pdf>

Index Mundi. (1 de Enero de 2012). *Comparación de Tasa de Mortalidad Materna entre Países*. Obtenido de Index Mundi: <http://www.indexmundi.com/g/r.aspx?c=ho&v=2223&l=es>

Physicians for Human Rights. (2007). *Demoras Fatales: Mortalidad Materna en Perú*. Obtenido de Warmi: Información sobre Mujeres: <http://www.warmiperu.org/mortalidad-materna-en-peru.pdf>

Publicación El Médico. (2002). *El Médico Anuario 2002: Mortalidad y Morbilidad*. Obtenido de El Médico Interactivo:
<http://www.elmedicointeractivo.com/ap1/emiold/documentos/anuario02/82-94.pdf>

Instituto Nacional de Estadística; Measure DHS. (Diciembre de 2006). *Encuesta Nacional de Demografía y Salud ENDESA 2005-2006*. Obtenido de Measure DHS: Demographic and Health Surveys: <http://www.measuredhs.com/pubs/pdf/FR189/FR189.pdf>

UNICEF. (2012). *Estadísticas de Honduras*. Obtenido de UNICEF:
http://www.unicef.org/spanish/infobycountry/honduras_statistics.html

World Health Organization. (2010). *Estadísticas Sanitarias Mundiales 2010*. Obtenido de Google Books:
http://books.google.es/books?id=1_R8e1h6UP8C&pg=PA14&lpg=PA14&dq=Mortalidad+Materna+en+PDF&source=bl&ots=Jy8_LeUvxq&sig=gSeQRxvLF-jownq-dGbC0-Osilw&hl=es-419&sa=X&ei=_EC1UYzKNcqU0QHJoiCADw&ved=0CEYQ6AEwBji-AQ#v=onepage&q=Mortalidad%20Materna%20en%20PDF&f=

Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. (Noviembre de 2009). *Estrategia Integral para Acelerar la Reducción de la Mortalidad Materna en México*. Obtenido de Sala Interactiva de Salud Internacional México: http://72.249.20.135/wordpress-mu/mexico/files/2009/11/estrategia_cnegr.pdf

Secretaria de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala. (Noviembre de 2011). *Estudio Nacional de Mortalidad Materna Guatemala*. Obtenido de Secretaria de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala:
http://www.google.es/url?sa=t&rct=j&q=mortalidad%20materna%20en%20pdf&source=web&cd=14&cad=rja&ved=0CEAQFjADOAo&url=http%3A%2F%2Fwww.segeplan.gob.gt%2F2.0%2Findex.php%3Foption%3Dcom_k2%26view%3Ditem%26task%3Ddownload%26id%3D404&ei=7Dq1UYbYG8GB0AGRsoC4Dg&u

Comunidad de Atención Primaria de la Salud para Educación y Consulta. (Octubre de 2005). *Las Tres Demoras que Contribuyen a la Mortalidad Materna*. Obtenido de Comunidad de Atención Primaria de la Salud para Educación y Consulta: <http://www.foroaps.org/files/3%20demoras.pdf>

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. (2008). *La Situación Actual de los Objetivos del Milenio en Honduras*. Obtenido de Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo: <http://www.hn.undp.org/content/honduras/es/home/mdgoverview/>

IPAS. (2012). *La Mortalidad Materna, el Embarazo No Deseado y el Aborto en Documentos del Sistema Internacional sobre los Derechos Humanos*. Obtenido de IPAS Health Access Rights: <http://www.ipas.org/~media/Files/Ipas%20Publications/IHRCOMP2S12.ashx>

Oficina General de Epidemiología del Perú. (2003). *La Mortalidad Materna en el Perú 1997-2002*. Obtenido de Ministerio de Salud del Perú: Oficina General de Epidemiología: <http://www.saludarequipa.gob.pe/epidemiologia/ASIS/docs/Enlaces/020.pdf>

Advocates for Youth. (Abril de 2007). *La Mortalidad Materna en Adolescentes: Una Crisis Ignorada*. Obtenido de Advocates for Youth: <http://advocatesforyouth.org/publications/437>

Sistema de Observatorio para el Seguimiento de las Metas del Milenio. (2008). *Informe Municipal: Municipio de Tela*. Obtenido de Sistema de Observatorio para el Seguimiento de las Metas del Milenio: <http://www.odm-honduras.org/Documentos/03%20Tela.pdf>

Sistemas de Observatorio para el Seguimiento de las Metas del Milenio. (2008). *Informe Municipal: Municipio de la Ceiba*. Obtenido de Sistemas de Observatorio para el Seguimiento de las Metas del Milenio - Honduras: <http://www.odm-honduras.org/Documentos/01%20La%20Ceiba,%20Atlantida.pdf>

CEPAL. (Septiembre de 2011). *Informe Anual 2011: El Salto de la Autonomía de los Márgenes al Centro*. Obtenido de Secretaría General Iberoamericana: http://segib.org/colaboraciones/files/2011/08/2011-242-OIG-Informe_anual_WEB.pdf

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. (2012). *Honduras en Breve*. Obtenido de Sitio Web del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo: <http://www.hn.undp.org/content/honduras/es/home/countryinfo/>

Grupo Interagencial de las Naciones Unidas en Argentina. (19 de Septiembre de 2012). *Genero y la Mortalidad Materna*. Obtenido de Grupo Interagencial de las Naciones Unidas en Argentina: <http://www.unic.org.ar/prensa/archivos/mortalidadmaterna.pdf>

Tyndall, M. (2002). *Mortalidad materna: La Maternidad Segura se encuentra en el Protagonismo de las Mujeres mismas*. Obtenido de El Parto es Nuestro: http://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/public/documentos/parto/partonormal/4.-%20La%20Maternidad%20segura_Asociacion%20Primal.pdf

- Sánchez Padrón, A., Sánchez Valdivia, A., Somoza, M., & Pérez, L. (2012). *La Sepsis Grave en la Paciente Obstétrica*. Obtenido de Flying Publisher: Free Medical Information: http://www.operationflyingpublisher.com/pdf/FPG_012_SepsisGrave_2012.pdf
- Parada Baños, A. J. (2007). *Mortalidad Materna Capítulo 23*. Obtenido de Repositorio Institucional Universidad Nacional de Colombia: http://www.bdigital.unal.edu.co/1563/46/Cap_23.pdf
- Malvino, E. (2009). *Mortalidad Materna debido a Hemorragias Obstétricas*. Obtenido de Obstetricia Crítica: http://www.obstetriciacritica.com.ar/doc/RECOPILA_hemorragias.pdf
- Lucio Figueroa, A. L. (Marzo de 2011). *Mortalidad Materna*. Obtenido de Facultad de Medicina de la Universidad de Colima: http://digeset.ucol.mx/tesis_posgrado/Pdf/ANA_LESLIE_LUCIO_FIGUEROA.pdf
- Lozano, F., Fernández, S., & Rodríguez Almada, H. (01 de Octubre de 2007). *Muerte Materna por Aborto Inseguro como Falla del Primer Nivel de Atención*. Obtenido de Scientific Electronic Library Online Uruguay: <http://www.scielo.edu.uy/pdf/rmu/v23n4/v23n4a09.pdf>
- Lebrou, M. (2009). *Análisis de los Factores Explicativos de la Mortalidad Materna en Bolivia*. Obtenido de Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia: [http://www.sns.gob.bo/documentos/investigacion/DETERMINANTES%20MORTALIDAD%20MATERNAS%20\(pdf%20final\).pdf](http://www.sns.gob.bo/documentos/investigacion/DETERMINANTES%20MORTALIDAD%20MATERNAS%20(pdf%20final).pdf)
- Karam Calderón, M. Á., Bustamante Montes, P., Campuzano González, M., & Camarena Pliego, Á. (Octubre de 2007). *Aspectos Sociales de la Mortalidad Materna: Un Estudio de Caso en México*. Obtenido de Medicina Social: http://www.google.es/url?sa=t&rct=j&q=mortalidad%20materna%20en%20pdf&source=web&cd=45&cad=rja&ved=0CEUQFjAEOCg&url=http%3A%2F%2Fwww.socialmedicine.info%2Findex.php%2Fmedicinasocial%2Farticle%2Fdownload%2F151%2F290&ei=Jjy1UaO_OOi40AH9g4GoDQ&usg=AFQjCNHCEf
- Jiménez, E. (24 de Mayo de 2012). *Alto Nivel de Educación en la Mujer Disminuye Mortalidad Materna*. Obtenido de Consorcio Latinoamericano Contra el Aborto Inseguro: <http://www.clacai.org/contenidos/noticias/1047--alto-nivel-de-educacion-en-la-mujer-disminuye-la-mortalidad-materna>
- Herrerías-Canedo, T. (19 de Marzo de 2010). *Panorama de la Mortalidad Materna*. Obtenido de Mediagraphic: Literatura Biomédica: <http://www.medigraphic.com/pdfs/inper/ip-2010/ip101a.pdf>
- Hernández, B., Díaz, J., Kesteler, E., Lewis, S., melo, M. d., & de la Vara, E. (2009). *Plan Estratégico Mesoamericano de Salud Materna*. Obtenido de Proyecto de Integración y Desarrollo Mesoamérica: <http://www.proyectomesoamerica.org/joomla/images/Documentos/Proyectos/Salud/salud%20materna%20mayo14.pdf>

Gallego Vélez, L., Vélez Álvarez, G. A., & Agudelo Jaramillo, B. (2005). *Panorama de la Mortalidad Materna*. Obtenido de Universidad de Antioquia:
<http://www.udea.edu.co/portal/page/portal/bibliotecaSedesDependencias/unidadesAcademicas/FacultadMedicina/Departamentos/ObstetriciaGinecologia/disenio/documentos/panoramadelamortalidadmaterna.pdf>

Franck, M. I. (Diciembre de 2010). *Aborto y la Mortalidad Materna*. Obtenido de Salvemos a la Familia: Movimiento Ciudadano en Defensa de la Vida y la Familia:
http://www.salvemoslafamilia.com.ar/Documentos/Aborto_y_mortalidad_materna_DIC2010.pdf

Faneite A., P. (24 de Noviembre de 2010). *Mortalidad Materna: Evento Trágico*. Obtenido de Scientific Electronic Library Online Venezuela:
<http://www.scielo.org.ve/pdf/gmc/v118n1/art03.pdf>

Díaz Echeverría, D. F. (2006). *Mortalidad Materna: Una Tarea Inconclusa*. Obtenido de Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva:
http://www.ossyr.org.ar/pdf/propuestas_reduccion/MM_fundar.pdf

Anderson, J. (2011). *Mortalidad Materna y Derechos Humanos*. Obtenido de Pontificia Universidad Católica del Perú:
<http://www.google.es/url?sa=t&rct=j&q=mortalidad%20materna%20en%20pdf&source=web&cd=30&cad=rja&ved=0CGUQFjAJOBQ&url=http%3A%2F%2Fdialnet.unirioja.es%2Fdescarga%2Farticulo%2F3834956.pdf&ei=Szu1UcHmAcjy0gHJ7IDgAQ&usg=AFQjCNGqD3eKiF1GcsBJDQY3b1msDKN3Bg>

Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología . (Enero de 2012). *Tras el Cumplimiento del 5to Objetivo del Milenio: Mortalidad Materna, Chile 2009* . Obtenido de Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología : <http://www.revistasochog.cl/files/pdf/EDITORIAL24.pdf>

Index Mundi. (9 de Enero de 2012). *Tasa de Mortalidad Materna en Honduras*. Obtenido de Index Mundi: http://www.indexmundi.com/es/honduras/tasa_de_mortalidad_materna.html

Index Mundi. (1 de Enero de 2012). *Tasa de Mortalidad Materna a Nivel Mundial*. Obtenido de Index Mundi: <http://www.indexmundi.com/map/?v=2223&l=es>

UNICEF. (2009). *Salud Materna y Neonatal*. Obtenido de Estado Mundial de la Infancia 2009:
<http://www.unicef.es/sites/www.unicef.es/files/EMI2009.pdf>

Equipo Funcional Maternidad Segura. (8 de Agosto de 2011). *Protocolo de Vigilancia y Control de Mortalidad Materna* . Obtenido de Instituto Nacional de Salud de Colombia:
<http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/Subdireccion-Vigilancia/sivigila/Protocolos%20SIVIGILA/MORTALIDAD%20MATERNA.pdf>

Ministerio de Salud del Perú. (2004). *Programa Estratégico Salud Materno Neonatal*. Obtenido de Ministerio de Economía y Finanzas del Perú:

http://www.mef.gob.pe/contenidos/presu_publ/documentac/programa_estart/Programas_Estrategicos_Salud_Materno_Neonatal_Programa_Salud_Materno_Neonatal.pdf

Human Development Reports. (2003). *Políticas Públicas para Mejorar la Salud y la Educación de las Personas*. Obtenido de Human Development Reports:
http://hdr.undp.org/en/media/hdr03_sp_chapter_41.pdf

Secretaría de Agricultura y Ganadería Gobierno de Honduras. (2003). *Plan Estratégico de Desarrollo Municipal: Tela, Atlántida*. Obtenido de Secretaría de Agricultura y Ganadería Gobierno de Honduras: <http://ura.sag.gob.hn/assets/display-anything/gallery/1/135/0107-Atlantida-Tela-PEDM.pdf>

Organización de las Naciones Unidas. (2013). *Objetivos del Milenio*. Obtenido de Portal de las Naciones Unidas sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio:
<http://www.un.org/es/millenniumgoals/maternal.shtml>

Comisión Nacional de Género de la Rama Judicial de Colombia. (2008). *Mortalidad materna: Otra Cara de la Violencia contra las Mujeres*. Obtenido de UNFPA Colombia:
http://www.unfpa.org.co/home/unfpacol/public_htmlfile/UNFPAMortalidad.pdf

Banco Mundial. (Mayo de 2006). *Mortalidad Materna: Datos Básicos*. Obtenido de Banco Mundial:
<http://siteresources.worldbank.org/INTPHAAG/Resources/AAGMaternalMortalitySp.pdf>

Fondo de Población de las Naciones Unidas en Paraguay . (2002). *Mortalidad Materna: ¿Un Flagelo de Pobres?* Obtenido de Fondo de Población de las Naciones Unidas en Paraguay :
http://www.unfpa.org.py/download/pdf_jopare11.pdf

Movimiento Amplio de Mujeres Línea Fundacional. (2003). *Mortalidad Materna en el Perú: Un Asunto de Derechos Humanos, ¡Una demanda de Justicia Social!* Obtenido de Movimiento Amplio de Mujeres Línea Fundacional: <http://www.mamfundacional.org/recursos/MortalidadMaterna-280503.pdf>

UNICEF; OMS; UNFPA; Banco Mundial. (2005). *Mortalidad Materna en 2005*. Obtenido de World Health Organization: http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789243596211_spa.pdf

Organización Mundial de la Salud . (2008). *Mortalidad Materna*. Obtenido de Sitio Web de la Organización Mundial de la Salud :
http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/maternal/maternal_perinatal/es/index.html

Granados Toraño, R. (2011). *Mortalidad Materna: Indicador de Desarrollo*. Recuperado el Julio de 2013, de Biblioteca Virtual en Salud :
<http://bvs.per.paho.org/videosdigitales/matedu/maternidad2011/indicador.pdf>

Quédraogo, I. (Abril de 2010). *El Tratamiento Oportuno de las Complicaciones Obstétricas como Estrategia de Reducción de la Mortalidad Materna*. Obtenido de Cooperantes:

http://cooperantes.proyectokalu.com/wp-content/uploads/Tratamiento_oportuno_de_las_complicaciones_obstetricas.pdf

Secretaría de la Organización Mundial de la Salud. (2010 de Diciembre de 2010). *Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la Salud*. Recuperado el 28 de Junio de 2013, de Organización Mundial de la Salud : http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB128/B128_7-sp.pdf

Secretaría de la Organización Mundial de la Salud . (2 de Abril de 2009). *Monitoreo del logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud*. Recuperado el Junio de 2013, de http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A62/A62_10-sp.pdf

UNICEF. (2007). *Matrimonio Precoz* . Obtenido de Progreso para la Infancia : http://www.unicef.org/spanish/progressforchildren/2007n6/index_41848.htm

Zuehlke, E. (2010). *Uso de anticonceptivos para reducir los embarazos no planeados y el aborto en condiciones de riesgo*. Obtenido de Population Reference Bureau : <http://www.prb.org/SpanishContent/Articles/2010/unintendedpregnancyandabortion-sp.aspx>

UNICEF. (Diciembre de 2009). *Estado Mundial de la Infancia 2009: Salud Materna y Neonatal*. Obtenido de Sitio Web de UNICEF: <http://www.unicef.es/sites/www.unicef.es/files/EMI2009.pdf>

Federación Centroamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología. (4 de Diciembre de 2010). *Federación Centroamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología*. Obtenido de Revista Centroamericana de Obstetricia y Ginecología: Perfil psicosocial del viudo y huérfanos: http://www.fecasog.org/jm/index.php?view=article&catid=70%3Arevcog-vol-15-numero-4-oct-dic-2010&id=163%3Aarticulo-original&format=pdf&option=com_content&Itemid=65

Instituto Nacional de Estadística. (2001). *Encuesta Nacional de Epidemiología y Salud Familiar 2001*. Obtenido de USAID: http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PNACQ675.pdf

Región Departamental de Salud de Atlántida. (2013). *Memoria Institucional 2009-2012*. La Ceiba.

- 1.
2. Meléndez, J; Vásquez, JC.; Villanueva, Y. 1997 *Investigación sobre mortalidad materna y de mujeres en edad reproductiva en Honduras 1997*.
3. Sepúlveda J, López Cervantes M, Frenk J, Gómez de León J, Lezama-Fernández, MH, Santos Burgos C, *Aspectos básicos de la vigilancia en salud pública para los años noventa*. Salud Pública, Mex. 1994, 36: 70-82.
4. Berg Cyntia B, Danel I, Mora G, 1998 *Guías para la vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna*.
5. Principios de Epidemiología Segunda Edición 1992.

6. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud Décima Revisión.
7. Honduras, Secretaría de Salud, *Documentos Técnicos y Operativos para la reducción de la mortalidad materna y en menores de 5 años para 2004 y 2005*.
8. Republica de Honduras, Secretaría de Salud, Dirección General de Vigilancia de la Salud, *Guía para la vigilancia de la mortalidad materna en Honduras*. Abril 2008.