

Análisis de la Mortalidad Materna en Matagalpa periodo 1993 - 2000.



Colectivo de Mujeres de Matagalpa

Matagalpa 14 de Mayo del 2002.

Agradecimientos

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

Equipo del SILAIS Matagalpa que nos permitió la información y punto de vista sobre el problema estudiado.

A la casa Materna que nos dio la entrevista.

Al director del hospital Cesar Amador Molina

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

Poema imposible para una mujer Muerta

...Eres otra vez feto dormido, ahora en el útero de la tierra
avecita tierna desplomada, vasija rota.
De donde sacar materia de un poema, si alguna parte te nos mueres
Otra vez en este instante y algo de poesía queda sepultado,
Con el último puñado de tierra sobre tu cuerpo?
De donde si tu fantasma silencioso, como tu vida castigada
Va errante acusando, interrogando dónde estaban todos y todas.
No se trata pues de entregarte un poema por respuesta,
Tal vez en el momento de decirnos verdades, al borde de tu muerte.
Ya que no estuvimos al borde de tu lecho.
Tendríamos que explicarte las ausencias de tu ausencia.
Muchos no saben o no quieren saber, que existías o subsistías.
Conocen, otros, algunas referencia aun espécimen sin historias presente o futura :
Hembra paridora y bestia de carga, de tan carga!.
Otros se asoman a ti y apenas miran un útero. Acaso un caso clínico más o menos
interesante. los dioses del poder-conocimiento, te expulsan de sus templos.

...Eres también una cifra en un recuadro,
y las cifras no se quejan, no se desangran,
no nos muestran la ristra de hijos/as que quedan indefensos y agobiados
ni su cansancio, ni su temor, ni los prejuicios. por los siglos de los siglos amén.
Talvez eres una pecadora, o si no una culpable, ala vez que un Dios preciso, como un bisturí
le corto la vida , en un cruel y supremo acto de justicia, por atentar contra el deber, sagrado
de parir.
Y nosotras que te adivinamos allá junto al fogón trajinando con los chavalos, con el macho
insolente, la milpa, plena otra vez de vida de vida o de muerte, lejos del medico o de la
enfermera, aunque estén cerca.
Nosotras que sabemos que una vez un menstruado ausente te lleno de angustia, de recetas de
comadres y de resolución, estamos aquí calentando y removiendo nuestras pequeñas
mezquindades, para sorberlas en la tarde en que te nos mueras, por que siempre es tarde
cuando te nos mueres.
Por todo eso hermana, no te hemos traído un poema y aunque hemos abolido el llanto por
inútil,
Hoy tenemos la decisión de procurar una lágrima
Habrá una lágrima para ti en alguna parte al menos una lágrima dolida y fértil...
Quien sabe hermana hay algunas semillas de lucha
que germinaron, cierta vez,
con la humedad de una lágrima.
Mariana Yonusg Blanco
Colectivo de mujeres de Matagalpa.

Introducción

Cada minuto en algún lugar del mundo una mujer fallece a causa de complicaciones que surgen durante el embarazo, parto y puerperio. La mayor parte de estas muertes son evitables.

El derecho a la vida es un derecho fundamental que entraña las obligaciones de los gobiernos de promover las condiciones sociales para la vida y la supervivencia.

A nivel mundial, alrededor del 80% de las defunciones Maternas son el resultado directo de complicaciones surgidas durante el embarazo el parto y el puerperio.

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

Nicaragua es uno de los países más pobres de América Latina y por consiguiente con tasas de Mortalidad Materna altas, en los documentos oficiales aparecen una diversidad de datos lo que significa que no se tiene un conocimiento real del problema, de 50 a 90 muertes por cien mil nacidos vivos registrado según análisis del sector salud MINSA, OPS 1997.

139 muertes maternas por cien mil nacidos vivos registrados según datos básicos e indicadores de salud 1998. y **160 muertes maternas por cien mil nacidos vivos registrados**, según política nacional de salud 1997 – 2002. siendo esta última la que más se ajusta a la realidad. El promedio de hijos/as por mujer es de 5.1 llegando en las áreas rurales hasta 7 hijos /as por mujer, y debiendo tomarse en cuenta el subregistro de las estadísticas vitales de este país.

El departamento de Matagalpa es una de las zonas que contribuye al aumento de estas tasas, considerando que se debe a la búsqueda de información, y a la creación de una Red de información integrada por: MINSA, ONGs, parteras, promotoras de salud y en la actualidad existe una persona encargada a tiempo completo para dar seguimiento a los casos reportados.(proyecto centro americano del colegio de obstetricia

El Colectivo de Mujeres de Matagalpa ONG local que trabaja en salud realiza anualmente el análisis de las muertes Maternas en el departamento. En Mayo de 1991 publicamos el primer documento de análisis de las muertes Maternas en el periodo 1989-1990.

De estos trabajos anuales esta basado el presente documento, para poder analizar la mortalidad materna en el periodo de 8 años.

Este análisis multicasual tiene el propósito de proponer acciones, que nos permita contribuir a la disminución de la mortalidad materna y al acceso a la salud por las mujeres como ciudadanas del mundo

1 Marco teórico

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

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

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

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

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

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

Los trastornos **hipertensivos** del embarazo particularmente la **eclampsia** representa el 12 % de las defunciones maternas.

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

Factores subyacente a las causas médicas.

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

La situación social de las mujeres en los países en desarrollo, limita el acceso a los recursos económicos, a la educación básica y en consecuencia, a su capacidad para adoptar decisiones con respecto a su salud y nutrición.

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

La falta de poder de decisión y de otras posibilidades relegadas a muchas mujeres a una vida de embarazos repetidos.

La falta de alimentación adecuada, por la extrema pobreza en que viven.

Solo el 53% de las mujeres embarazadas de los países en desarrollo dan a luz con ayuda de una partera calificada o un médico, el resto dará a luz en su domicilio con ayuda de una partera empírica o con ayuda de un familiar.

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

Mortalidad Materna:

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

Muerte Materna por causas Obstétricas Directa:

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

Muerte Materna por causa Obstétrica Indirecta:

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

Muerte Materna por causa no Obstétrica:

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

Situación económica

La Mortalidad Materna tiene mayor incidencia en las mujeres de escasos recursos, que viven en lugares alejados con dificultades de accesibilidad tanto geográficas como culturales.

Problemática de género

Vivimos en una sociedad patriarcal, donde se quiere establecer un rol a la mujer en función de la reproducción. No se respetan los derechos de las mujeres como seres humanos, no se permite el derecho a la elección de la mujer de decidir sobre su vida y su cuerpo.

Métodos anticonceptivos.

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

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

Estructura Sanitaria

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

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

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

2 Objetivo General.

Analizar el comportamiento de Mortalidad Materna en el departamento de Matagalpa en el periodo 1993-1997 y 1998- 2000.

2.1 Objetivos específicos

- Identificar el perfil de las mujeres fallecidas en el departamento de Matagalpa.
- Evidenciar los factores de riesgos.
- Evidenciar el acceso a los servicios de salud por el grupo de mujeres fallecidas.
- Describir las causas de muerte.
- Identificar factores asociados a la Mortalidad Materna.
- Comprobar cual es la concepción relevancia, importancia, visión y estrategias para este problema de salud por parte de gestores de salud en Matagalpa
- Proponer acciones que contribuyan a la disminución de las muertes maternas y el acceso a la salud de las mujeres como derecho ciudadano.

3 Diseño Metodológico.

Tipo de estudio:

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

Población objetivo:

Todas las mujeres fallecidas registradas en el SILAIS entre los años 1993 a 2000. (216 mujeres) el 100% de los registros. Y gerentes de la salud a nivel del SILAIS-Matagalpa

Técnicas e instrumentos de recolección de datos:

Análisis documental

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

Entrevistas de percepción con informantes claves del MINSA y ONGs (10 entrevistas).

Variables del estudio

- ✓ Edad, sexo, escolaridad, procedencia, ocupación, estado civil, número de hijos/as vivos, muertos y abortos, factores de riesgos
- ✓ Variables sobre la atención que recibió. Número de CPN, Lugar del parto, Persona que atendió el parto, Lugar donde falleció, etapa en la que ocurrió la defunción, diagnóstico, utilización de métodos.
- ✓ Sobre la concepción y el abordaje del problema por las y los informantes claves: Importancia del problema, factores que inciden, respuesta organizativa para enfrentar el problema, acciones preventivas, investigaciones realizadas y resultados, causas principales de mortalidad.

Procesamiento y presentación de la información

Para la presentación de la información cuantitativa y cualitativa se recurrirá al programa Excel bajo Windows 2000.

El análisis se realiza en dos bloques de 4 años para poder evaluar tendencias.

4 Análisis de resultados

4.1 Mortalidad Materna SILAIS- Matagalpa Vs Mortalidad nacional.

Los datos de los registros de las muertes maternas a nivel del SILAIS Matagalpa y a nivel nacional, (tabla 1) evidencia que se mantiene el número absoluto de muertes oscilando en el periodo de los 8 años entre un mínimo de 24 y un máximo de 33 muertes registradas por año. En el año 97 no contamos con el dato nacional.

Tabla 1. Comportamiento de los registros de Mortalidad Materna en Nicaragua y SILAIS Matagalpa comparativo años 93-96 y 97 -2000.

Año	93	94	95	96	Subt	97	98	99	00	subt	TOTAL
Nicaragua	160	67	127	156	510		133	174	139		
Matagalpa	30 (19%)	25 (37%)	24 (19%)	30 (19%)	109 (21%)	25	25 (19%)	33 (19%)	24 (17%)	107 (19%)	216

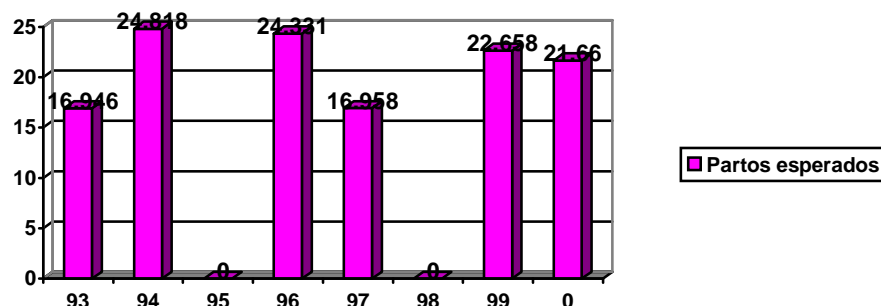
Fuente: Análisis muertes Materna SILAIS Matagalpa

Matagalpa ha mantenido un promedio de 27 muertes maternas por año desde 1993, cifra que alimenta en gran parte al promedio nacional, representando la moda alrededor del 19 % por año.

El registro del año 94 a nivel nacional es sugestivo de que hubo un problema de registro, porque no corresponde a ninguna lógica esta drástica disminución.

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

Gráfico 1. Partos esperados según indicadores SILAIS-Matagalpa



Fuente: Dirección general del Sistema de Información-MINSA

4.2 Comportamiento de la Mortalidad Materna por Municipios del SILAIS Matagalpa

El comportamiento de las muertes materna por Municipio del SILAIS- Matagalpa (tabla2), registra diferencias significativas entre los Municipios, aún aquellos que tienen poblaciones semejantes y características de servicios y distribución de la población similares, comportamiento que no tiene una justificación basada en evidencia. (Anexo 3)

Tabla 2. Comportamiento de los registros de Muertes Maternas por Municipios y años 93-96 y 98-2000

Municipio	93	94	95	96	4.2.1 Subt	97	98	99	00	4.2.2 Subt	TOTAL
Waslala	6	7	3	9	25	6	11	10	2	29	54
Matagalpa	2	1	5	2	10	1	1	1	0	3	13
La Dalia	8	5	3	4	20	1	4	4	3	12	32
Matiguás	3	5	5	4	17	2	2	6	2	12	29
Muy Muy	1	0	0	0	1	1	0	0	1	2	3
S. Ramón	2	1	0	1	4	2	3	4	3	12	16
Rio Blanco	1	1	1	2	5	0	0	1	3	4	9
Bocana P.	1	1	3	2	7	3	2	3	7	15	22
Terrabona	1	0	0	0	1	2	0	1	0	3	4
S. Dionisio	1	1	0	0	2	1	0	0	0	1	3
R. Grande	1	1	1	3	6	1	1	2	2	6	12
Darío	1	0	1	1	3	0	0	0	1	1	4
Esquipulas	0	0	0	1	1	1	1	0	0	2	3
S. Isidro	0	1	1	1	3	3	0	0	0	3	6
Sébaco	0	1	1	0	2	1	0	1	0	2	4
Boaco	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
Trinidad	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
TOTAL	30	25	24	30	109	25	25	33	24	107	216

Fuente: Reportes Muertes Maternas SILAIS-Matagalpa 93-2000

El 60% de las muertes maternas ocurridas durante los últimos 8 años corresponde a los Municipios más alejados y en estos en zonas rurales más alejadas del departamento. (ver anexo 4 mapa) Esto evidencia que uno de los factores contribuyentes a la mortalidad materna es la inaccesibilidad geográfica a los servicios de salud.

Bocana de Paiwas presenta el doble de registros en el segundo periodo en relación al primer, San Ramón el triple, Matiguas, La Dalia, Matagalpa, presentan una tendencia de disminución.

4.3 Perfil de las mujeres (datos personales)

4.3.1 Edad de las mujeres

La edad de la mujeres fallecidas en el SILAIS- Matagalpa agrupadas en mayores de 35 años, entre 20 y 35 años y menores o iguales a 19 (Tabla 3) y (Gráfico 2). Tomando en cuenta que los intervalos de grupos de edades no son iguales, los hemos seleccionado de esta forma para poder evidenciar el factor de riesgo edad y su comportamiento en los 8 años. El rango de edad de las mujeres es de 15 a 48 años

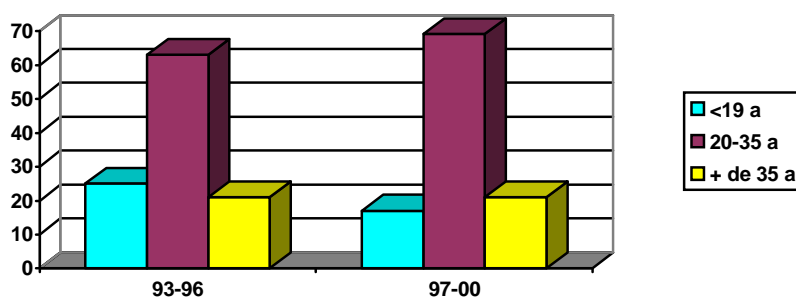
Tabla 3. Edad de las mujeres en relación a los años 93-96 y 98-2000

	93	94	95	96	Subt	97	98	99	00	Subt	TOTAL
<19 a	4	6	4	11	25 (23%)	4	6	1	6	17 (16%)	42 (19.4%)
20-35	19	15	13	16	63 (58%)	14	15	27	12	69 (64%)	131 (60.6%)
+ 35	7	4	7	3	21 (19%)	7	4	5	6	21 (20%)	43 (20%)
TOTAL	30	25	24	30	109	25	25	33	24	107	216

Fuente: Reportes Muertes Maternas SILAIS-Matagalpa 93-2000

Llama la atención las muertes en las edades extremas en las menores de 19 años (19.4%) y las mayores de 35 (20%). Entre ambas supone casi un 40% de muertes en las que la edad es un factor de riesgo. Aunque el grupo de edad que tiene menor rango es el de menor o igual a 19, representa 5 años, siendo el mismo porcentaje proporcional al grupo de 20 a 35.

Gráfico 2. Edad de las mujeres (muertes Maternas). SILAIS-Matagalpa



Fuente: Reportes Muertes Maternas SILAIS-Matagalpa 93-2000

Hay una ligera disminución en los últimos 4 años (97-2000) de las muertes maternas en el grupo de edades de 19 o menos años.

4.4 Escolaridad

La escolaridad es uno de los factores de riesgo sociales en relación a la mortalidad materna, en la tabla 4 se refleja la clasificación de las muertes maternas según su nivel de escolaridad formal. En el segundo periodo con el que contamos con los datos, el analfabetismo significa el 56%. Y no hay ninguna muerte materna con nivel universitario o con secundaria completa. En el primer periodo del 67% no contamos con el dato.

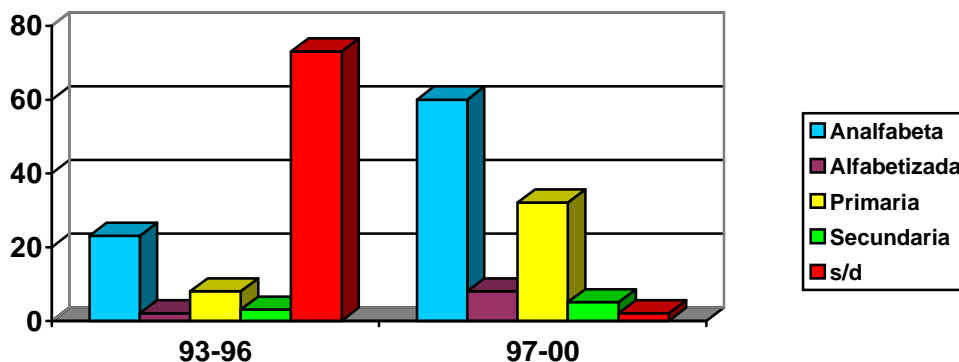
Tabla 4. Escolaridad de las mujeres en relación a los años 93-96 y 98-2000

	93	94	95	96	Subt	97	98	99	00	Subt	TOTAL
Analfabeta	6	4	1	12	23 (21%)	13	16	16	15	60 (56%)	83
Alfabetizada	0	0	0	2	2	2	1	2	3	8	10
Primaria	1	0	0	7	8	8	8	11	5	32 (30%)	40
Secundaria	0	0	1	2	3	2	0	3	0	5	8
S/d	23	21	22	7	73	0	0	1	1	2	75
TOTAL	30	25	24	30	109	25	25	33	24	107	216

Fuente: Reportes Muertes Maternas SILAIS-Matagalpa 93-2000

Podemos evidenciar que hay una correlación entre nivel académico y muertes maternas, afectando aquellas con menor nivel. La calidad de la recogida de datos a mejorado significativamente en esta variable, reduciéndose prácticamente las fichas que no cuentan con el dato.

Gráfico 3. Escolaridad de las Mujeres reportadas como muertes Maternas. SILAIS-Matagalpa



Fuente: Reportes Muertes Maternas SILAIS-Matagalpa 93-2000

Los datos incompletos que se tienen del primer bloque dificulta un análisis comparativo, pero si observamos el comportamiento en el segundo bloque se puede observar que el analfabetismo es un factor determinante.

4.5 Estado Civil

Los datos sobre el estado civil (tabla 5 y gráfico 4), hay un alto porcentaje de falta de datos, sobre todo en el primer periodo, lo que dificulta poder hacer un análisis comparativo. Lo único que es significativo es que mejoró la recogida de información en el segundo periodo.

Tabla 5. Estado civil de las mujeres en relación a los años 93-96 y 98-2000

	93	94	95	96	Subt	97	98	99	00	Subt	TOTAL
Acompañada	1	0	0	11	12	13	15	11	7	46 (43%)	58
Sola	2	1	0	5	8	4	4	4	8	20 (19%)	28
Casada	3	0	2	6	11	7	6	18	8	39 (36%)	50
S/d	24	24	22	8	78	1	0	0	1	2 (2%)	80
TOTAL	30	25	24	30	109	25	25	33	24	107	216

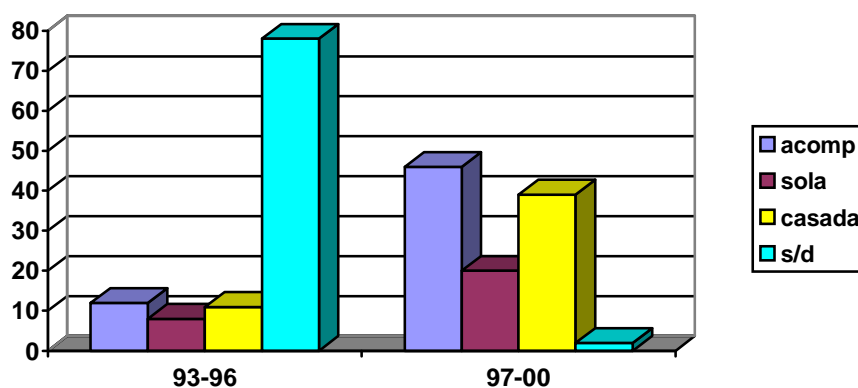
Fuente: Reportes Muertes Maternas SILAIS-Matagalpa 93-2000

En los datos la mayoría de las mujeres tenían una unión estable, el 19 % estaba en el momento de este embarazo sola, es decir sin la presencia de un varón.

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

Como en las variables anteriores, la recogida de información del primer periodo es muy incompleta.

Gráfico 4. Estado civil. Muertes Maternas SILAIS-Matagalpa



Fuente: Reportes Muertes Maternas SILAIS-Matagalpa 93-2000

4.6 Historia reproductiva

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

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

En el segundo periodo los datos están más completos que en el primero.

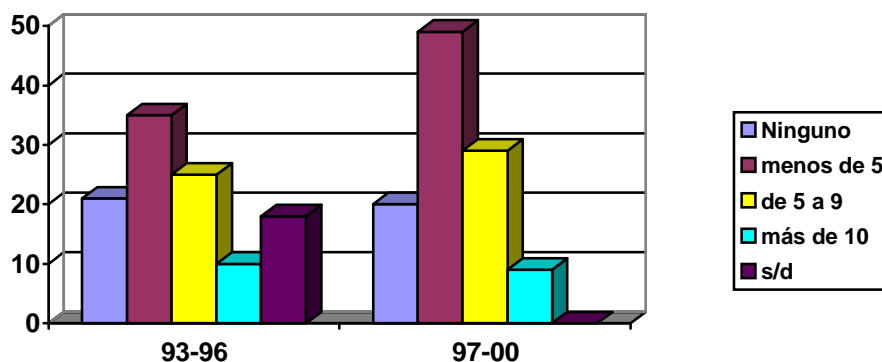
Tabla 6. Número de hijas e hijos de las mujeres en relación a los años 93-96 y 98-2000

	93	94	95	96	Subt	97	98	99	00	Subt	TOTAL
Ninguno	2	4	4	11	21	4	1	6	9	20 (19%)	41
Menos de 5	6	7	11	11	35	12	15	13	9	49 (46%)	84
De 5 a 9	7	5	5	8	25	6	6	11	6	29 (27%)	54
Más de 10	4	4	2	0	10	3	3	3	0	9 (8%)	19
S/d	11	5	2	0	18	0	0	0	0	0	18
TOTAL	30	25	24	30	109	25	25	33	24	107	216

Fuente: Reportes Muertes Maternas SILAIS-Matagalpa 93-2000

El número de mujeres que no habían tenido ningún vivo representa el 19%, esto no quiere decir que no hubieran estado embarazadas anteriormente. El 35% de las mujeres tenían 5 o más hijas/os.

Gráfico 5. Número de hijas/os. SILAIS-Matagalpa



Fuente: Reportes Muertes Maternas SILAIS-Matagalpa 93-2000

En el segundo bloque de años contamos con el datos de que entre las 107 mujeres dejan 437 huérfanas/os, sin contar con el actual.

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

4.6.2 Número de embarazos (contando el actual)

Esta variable solamente ha podido ser estudiada en el segundo periodo por no contar con datos en el primero. En la tabla 7.

Tabla 7. Número de embarazos de las mujeres en relación a los años 97-2000

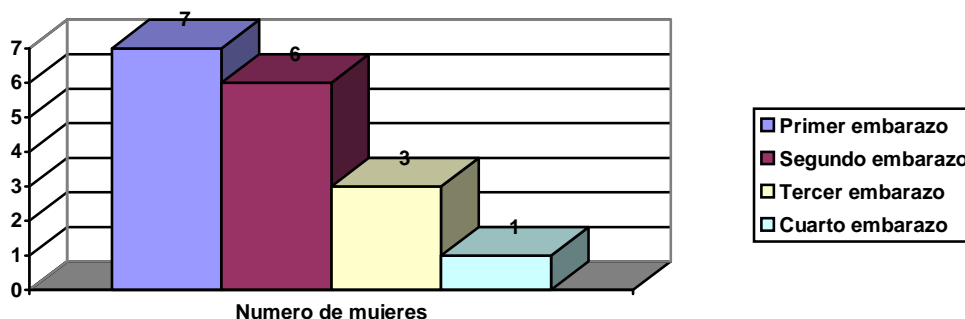
	97	98	99	00	TOTAL
1er. Emb.	4	0	6	7	17 (16%)
Entre 2 y 4	10	15	10	6	41 (38%)
De 5 a 9	7	7	14	7	35 (33%)
10 ó más	4	3	3	4	14 (13%)
TOTAL	25	25	33	24	107

Fuente: Reportes Muertes Maternas SILAIS-Matagalpa 97-2000

El 16 % de las mujeres era su primer embarazo, mientras que el 38% era entre el segundo y cuarto embarazo. El 46% de las mujeres habían tenido más de 5 embarazos.

Analizando el grupo de edad de 15 a 19 años el comportamiento con los embarazos (Gráfico 6), demuestra que solamente para 7 (41%) era su primer embarazo, mientras que para 10 era el segundo o cuarto embarazo. Las edades de las que era su tercer embarazo eran 17,18,19 años. Y la edad de la que era su cuarto embarazo 19 años, habiendo tenido dos abortos anteriores y uno vivo.

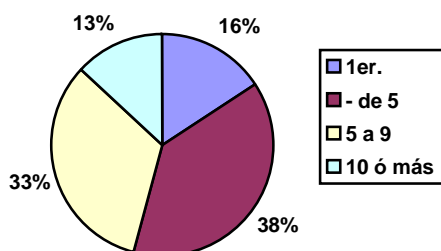
Gráfico 6. Numero de embarazos en el grupo de mujeres de 19-15 años.



Fuente: Reportes Muertes Maternas SILAIS-Matagalpa 97-2000

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

Gráfico 7. Número de embarazos contando el actual. SILAIS-Matagalpa



Fuente: Reportes Muertes Maternas SILAIS-Matagalpa 97-2000

El 43% de las mujeres tenían 5 o más embarazos. Entre las 107 mujeres del segundo periodo estudiado, habían tenido 586 embarazos, lo que supone un promedio de 5.4 embarazos por mujer.

4.6.3 Uso de Métodos anticonceptivos

En esta variable se analiza el uso de métodos anticonceptivos por las mujeres, anterior al embarazo actual. Solamente se puede estudiar el periodo 97-2000

En la tabla 8 y gráfico 7 se evidencia que el 82.2% de las 107 mujeres que conocemos el dato, no habían usado nunca un método anticonceptivo.

Tabla 8. Uso de métodos anticonceptivos por las mujeres en relación a los años 97-2000

	97	98	99	00	TOTAL
SI	6	4	3	3	16 (15%)
NO	17 (68%)	20 (80%)	30 (90%)	21 (87,5%)	88 (82%)
S/D	2	1	0	0	3 (3%)
TOTAL	25	25	33	24	107

Fuente: Reportes Muertes Maternas SILAIS-Matagalpa 97-2000

No se observa ninguna diferencia en el transcurso de los años, en número absolutos aumenta el número de mujeres que no lo han usado y el porcentaje en relación al total de mujeres.

Los métodos usados entre las 16 mujeres fueron en el 69 % (11) los gestágenos orales, el 6% depoprovera ; condón, natural y 12% gestágenos más depoprovera.

4.7 Situación del embarazo actual

4.7.1 Factores de Riesgo y señas de peligro

De las 216 mujeres fallecidas entre el periodo estudiado (Tabla 9 y Gráfico 8) el 77.3% tenían algún factor de riesgo. No se tomó en cuenta como riesgo: pobreza, aislamiento, desnutrición, inaccesibilidad.

Estas variables solamente han podido describirse analizando todos los datos del expediente y clasificando esta información como factores de riesgo a las primigestas más edades extremas (el parámetro es 18 años ó menos y 35 años ó más), multigesta (5 o más embarazos), espacio intergésico corto, cesárea anterior, problemas en el parto anterior y como señas de peligro; óbito actual, mala presentación, enfermedad durante este embarazo.

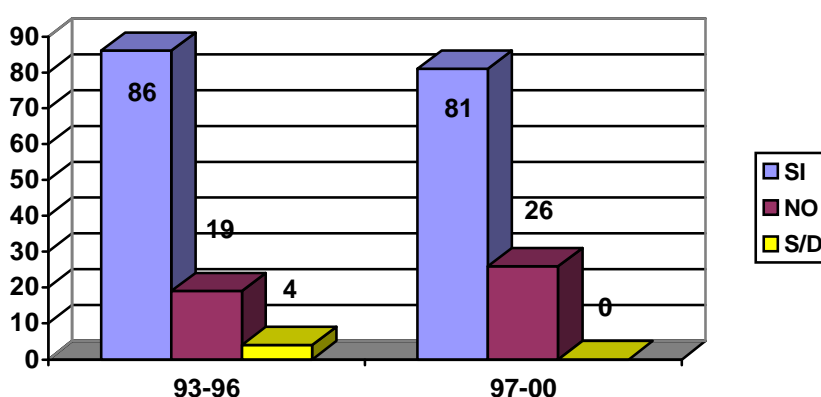
Tabla 9. Factores de riesgo y señas de peligro presentados por las mujeres en relación a los años 93-2000

	93	94	95	96	Subt	97	98	99	00	Subt	TOTAL
Si	25	19	15	27	86	18	15	25	23	81	167
No	4	5	7	3	19	7	10	8	1	26	45
S/d	1	1	2	0	4	0	0	0	0	0	4
TOTAL	30	25	25	30	109	25	25	33	24	107	216

Fuente: Reportes Muertes Maternas SILAIS-Matagalpa 93-2000

Es de esperar que las muertes maternas estén asociadas a factores de riesgo y señas de peligro, el 77% de las mujeres presentaban al menos un factor de riesgo No se evidencia diferencias notables en los dos periodos estudiados.

Gráfico 8. Factores de riesgo y señas de peligro Muertes maternas SILAIS-Matagalpa 93-2000



Fuente: Reportes Muertes Maternas SILAIS-Matagalpa 93-2000

En la tabla 10 se presenta la distribución de los factores de riesgo y señas de peligro encontrados. En ocasiones hay mujeres que presentan más de un factor de riesgo.

Tabla 10. Distribución de los factores de riesgo y señas de peligro 93-2000

	93	94	95	96	Subt	97	98	99	00	Subt	TOTAL
MG	15	11	10	9	45	11	9	15	10	45	90
EIC	3	1	0	9	13	10	11	12	6	39	52
PG+Edad	1	2	2	7	12	3	0	1	3	6	18
PPA	1	0	0	1	2	1	0	0	4	5	7
Obito (actual)	0	1	0	1	2	3	8	3	5	19	21
Cesárea ant	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1
Enfermedad	3	4	2	2	11	0	0	1	2	3	14
Mala presentación	2	1	1	0	4	2	1	2	1	6	10

Fuente: Reportes Muertes Maternas SILAIS-Matagalpa 93-2000

Los más presentados son: en un 42% la multiparidad , un 24% el espacio intergésico el 10% óbito y 8% la edad asociada al primer embarazo. A excepción del óbito las otras tres situaciones presentadas con mayor frecuencia se pueden prevenir con una buena información sobre sexualidad y acceso a los métodos anticonceptivos.

4.7.2 Asistencia al control prenatal

El 60% de las fallecidas no habían asistido a ninguna unidad de salud para recibir los cuidados propios del embarazo. (Tabla 11 y gráfico 9)

Tabla 11. Asistencia al control prenatal mujeres fallecidas en el SILAIS-Matagalpa 93-2000

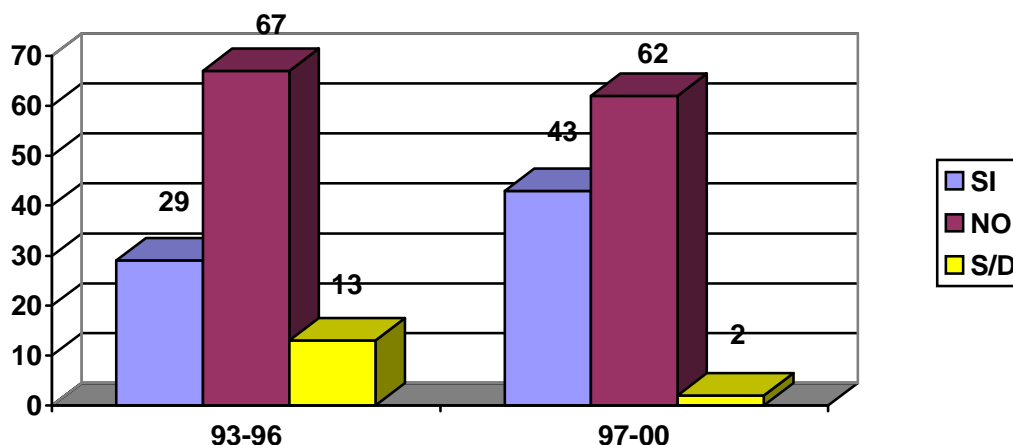
	93	94	95	96	Subt	97	98	99	00	Subt	TOTAL
SI	5	4	12	8	29	12	9	16	6	43	72
NO	20	19	8	20	67	13	15	17	17	62	129
S/D	5	2	4	2	13	0	1	0	1	2	15
TOTAL	30	25	24	30	109	25	25	33	24	107	216

Fuente: Reportes Muertes Maternas SILAIS-Matagalpa 93-2000

De las 43 mujeres (40%) que recibieron CPN (en el segundo periodo estudiado), solo 6 (14%) tuvieron 4 ó más controles que es lo que las normas del MINSA establece para aquellas embarazadas de bajo riesgo.

El contacto con la unidad de salud en algún momento del embarazo está presente en este grupo, lo que no podemos analizar es la calidad de la atención, la subsecuencia y las oportunidades perdidas de poder platicar con la mujer y poder conjuntamente ir construyendo un plan de atención al embarazo, parto o puerperio.

Gráfico 9. Asistencia al control prenatal de las mujeres fallecidas. SILAIS-Matagalpa 93-2000



Fuente: Reportes Muertes Maternas SILAIS-Matagalpa 93-2000

4.7.3 Lugar del parto

Solamente el 2% de las mujeres fueron atendidas en su parto en las unidades de salud del primer nivel, que son el lugar de referencia para las comunidades rurales.

El 78% de las mujeres que parieron tuvieron su parto en el domicilio, un 15% el parto fue en el hospital . De las 12 mujeres que fueron atendidas en el hospital en el periodo 97-200, 4 (33%) fueron cesáreas . (Ver tabla 12 y gráfico 10)

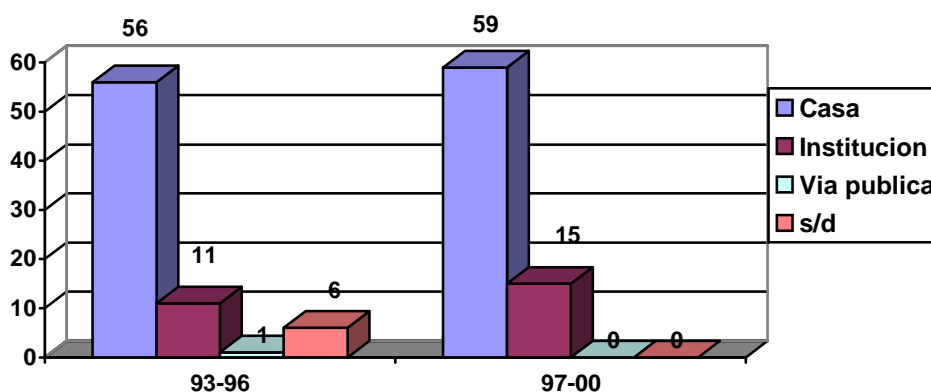
Tabla 12. Lugar del parto de las mujeres en relación a los años 93-2000

	93	94	95	96	Subt	97	98	99	00	Subt	TOTAL
Casa	17	14	11	14	56	10	15	19	15	59	115(78%)
Hospital	1	4	1	4	10	4	3	3	2	12	22 (15%)
C/S	0	0	0	1	1	1	1	0	0	2	3
Vía pública	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1
Centro Alternativo	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1
S/d	3	0	3	0	6	0	0	0	0	0	6
TOTAL	21	18	16	19	74	15	19	22	18	74	148

Fuente: Reportes Muertes Maternas SILAIS-Matagalpa 93-2000

Si bien es cierto que la proporción del parto institucional en general es bajo, todavía es menor cuando vemos este porcentaje en las mujeres que fallecieron. En estudios anteriores realizados por el Colectivo de Mujeres de Matagalpa, sobre el comportamiento de las mujeres sobre embarazo, parto y uso de métodos anticonceptivos, arrojan datos similares de parto domiciliar-institucional. Ante la pregunta de cuales son los motivos por los que no asisten al hospital aun sabiendo de los riesgos, las mujeres manifiestan entre otros: la pena, el dejar la casa y la familia, resignación ante cualquier acontecimiento aunque sea negativo, falta de transporte y económico.

Gráfico 10. Lugar del parto de las mujeres fallecidas. SILAIS-Matagalpa 93-2000



Fuente: Reportes Muertes Maternas SILAIS-Matagalpa 93-2000

4.7.4 Quién atendió el parto

El 38% de las mujeres fallecidas que parieron fueron atendidas por un familiar o solas. Si diferenciamos los dos periodos de años, hay una tendencia a empeorar, aunque en el primer bloque la tercera parte de los partos no se sabe quien lo atendió y esto podría modificar considerablemente la tendencia. En el segundo periodo donde contamos con toda la información, un 50% de los partos fueron atendidos por un familiar o parieron solas. El 78% fue parto domiciliario atendido sola, familiar o partera. Hay un aumento del parto atendido por familiar en el transcurrir de los años en el periodo 97-2000

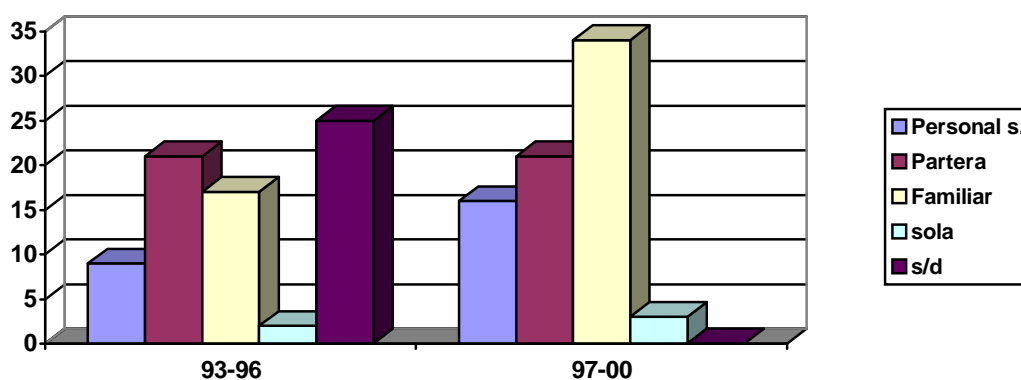
Tabla 13. Atención el parto- 93-2000

	93	94	95	96	Subt	97	98	99	00	Subt	TOTAL
Personal Salud	1	1	1	6	9	5	5	3	3	16	25
Partera	5	5	7	4	21	5	6	7	3	21	42
Familiar	5	2	3	7	17	5 (33%)	8 (42%)	10 (45%)	11 (61%)	34	51
Sola	0	0	0	2	2	0	0	2	1	3	5
S/d	10	10	5	0	25	0	0	0	0	0	25
TOTAL	21	18	16	19	74	15	19	22	18	74	148

Fuente: Reportes Muertes Maternas SILAIS-Matagalpa 93-2000

El 28% fueron atendidos por partera. No sabemos en realidad que capacitación habían recibido estas parteras y cual era su experiencia, ya que en muchas ocasiones consideran parteras a mujeres que tradicionalmente han atendido los partos de la familia.

Gráfico 11. Atención al parto de las mujeres fallecidas. SILAIS-Matagalpa 93-2000



Fuente: Reportes Muertes Maternas SILAIS-Matagalpa 93-2000

4.7.5 Lugar de la muerte

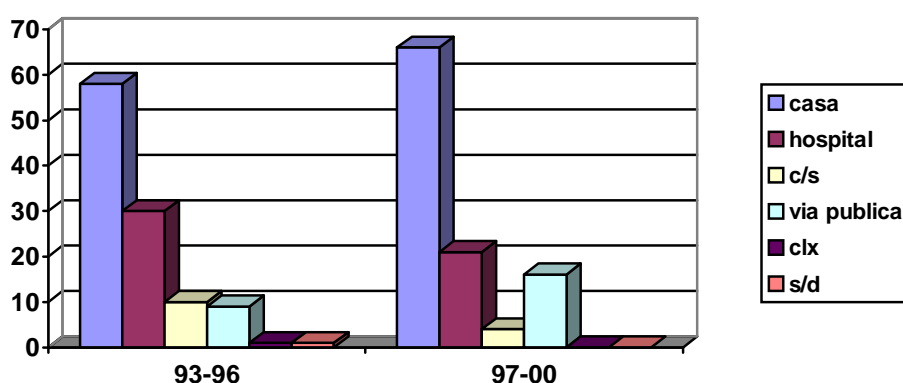
El 57% de las muertes ocurrieron en domicilio. Y el 30.5% en unidades de salud. El 11.5% en la vía pública. Cuando se registra muerte en la vía pública se incluye tanto a aquellas mujeres que recibieron atención en una unidad de salud y mueren durante el traslado a una unidad de mayor resolución, como las que en verdad fallecen en la vía pública como consecuencia de un accidente de tráfico, homicidio, descarga eléctrica, etc. (Tabla 14 y Gráfico 12)

Tabla 14. Lugar de la muerte de las mujeres en relación a los años 93-2000

	93	94	95	96	Subt	97	98	99	00	Subt	TOTAL
Casa	21	12	11	14	58	12	15	22	17	66	124
Hospital	5	9	7	9	30	7	4	6	4	21	51
C/S	1	1	2	6	10	2	1	0	1	4	14
Vía Pública	2	3	3	1	9	4	5	5	2	16	25
Clínica	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
S/d	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1
TOTAL	30	25	24	30	109	25	25	33	24	107	216

Fuente: Reportes Muertes Maternas SILAIS-Matagalpa 93-2000

Gráfico 12. Lugar de la muerte de las mujeres fallecidas. SILAIS-Matagalpa 93-2000



Fuente: Reportes Muertes Maternas SILAIS-Matagalpa 93-2000

4.7.6 Momento de la muerte

El mayor porcentaje de muertes registradas están clasificadas en el puerperio. Si comparamos los periodos hay una ligera disminución en el segundo periodo de muerte en el puerperio, aumentando la muerte en el parto. Tabla 15 y gráfico 13.

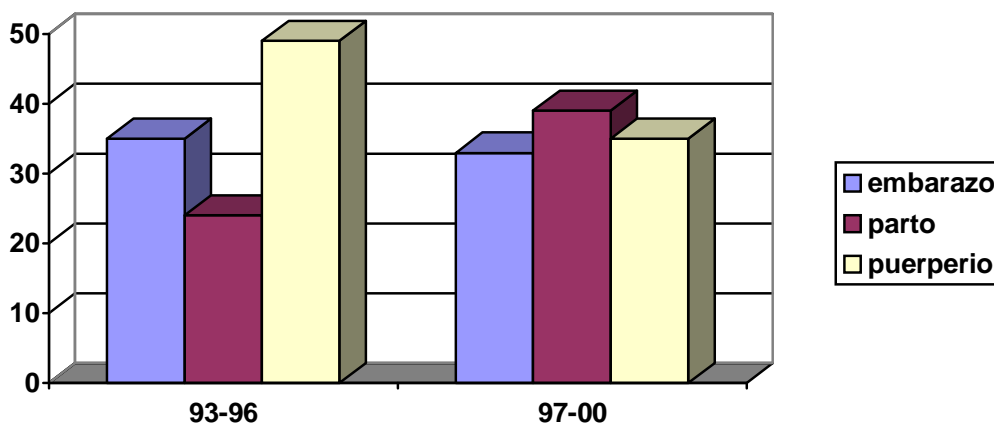
Tabla 15. Momento de la muerte de las mujeres en relación a los años 93-2000

	93	94	95	96	Subt	97	98	99	00	Subt	TOTAL
Embarazo	9	7	8	11	35 32%	10	6	11	6	33-31%	68 -31 %
Parto	5	7	4	8	24- 22%	10	7	11	11	39- 36%	63- 29%
Puerperio	16	11	11	11	49- 45%	5	12	11	7	35- 33%	84- 39%
S/d	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	1
TOTAL	30	25	24	30	109	25	25	33	24	107	216

Fuente: Reportes Muertes Maternas SILAIS-Matagalpa 93-2000

El aumento en el porcentaje de muerte en el puerperio, puede ser que en algunos casos se debe a un error en la clasificación, por la dificultad de definir bien cuando termina el parto y comienza el puerperio.

Gráfico 13. Momento la muerte de las mujeres fallecidas. SILAIS-Matagalpa 93-2000



Fuente: Reportes Muertes Maternas SILAIS-Matagalpa 93-2000

4.7.7 Diagnósticos de las causas Muerte

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

Tabla 16. Diagnósticos de las causas de muerte 1993-2000

Causas de Muerte	93	94	95	96	Subt	97	98	99	00	Subt	TOTAL
Hemorragia por DPPNI	1	1	0	0	2	0	0	1	0	1	3
Hemorragia por Mola	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1
Hemorragia por Placenta previa	0	1	0	2	3	0	2	1	1	4	7
Hemorragia por Ret. Placenta	8	7	3	4	22	7	6	9	11	33	55 (25%)
Hemorragia post-parto	7	0	3	0	10	2	1	0	1	4	14 (6.5%)
Rotura uterina	0	0	0	1	1	0	0	2	0	2	3
Atonia uterina	0	0	0	2	2	1	0	1	1	3	5
Inversión uterina	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1
Aborto	2	0	1	1	4	0	0	0	0	0	4 (1.8%)
Intoxicación embarazo	2	1	1	4	8	1	0	2	2	5	13 (6%)
Infección puerperal	4	4	2	4	14	1	0	3	0	4	18
Sepsis	0	2	0	2	4	3	3	0	1	7	11
Fiebre hemorrágica	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1
Eclampsia	1	2	3	1	7	1	4	6	1	12	19
Embolia del liquido amniótico	2	0	1	1	4	1	1	1	0	3	7
Malaria	0	0	0	1	1	0	3	1	0	4	5
Fiebre de origen desconocido	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1
Meningitis	0	1	0	1	2	1	0	2	0	3	5
Diarrea/colera	1	1	1	1	4	0	1	0	0	1	5
Embolia pulmonar	0	0	0	1	1	0	1	0	0	1	2
C. I. D	0	0	0	0	0	1	1	0	0	2	2
Hemorragia subaracnoidea	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1
Tétanos	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1
Quemadura	0	0	2	0	2	1	0	0	0	1	3
BNM/Asma	2	1	2	0	5	1	0	0	0	1	6
Tuberculosis	0	1	0	0	1	0	0	1	1	2	3
Politraumatismo	0	0	0	0	0	0	1	2	0	3	3
Mordedura de serpiente	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1
Pancreatitis hemorrágica	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1
Homicidio	0	0	0	0	0	1	1	0	3	5	5
Muerte súbita en embarazo	0	2	0	0	2	1	0	0	0	1	3
Muerte súbita en puerperio	0	1	1	0	2	0	0	0	0	0	2
Desconocida	0	0	0	2	2	0	0	0	0	0	2
Embolismo septico	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1
Leptospirosis	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1
Infarto	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1
TOTAL	30	25	24	31	109	25	25	33	24	107	216

Fuente: Reportes Muertes Maternas SILAIS-Matagalpa 93-2000

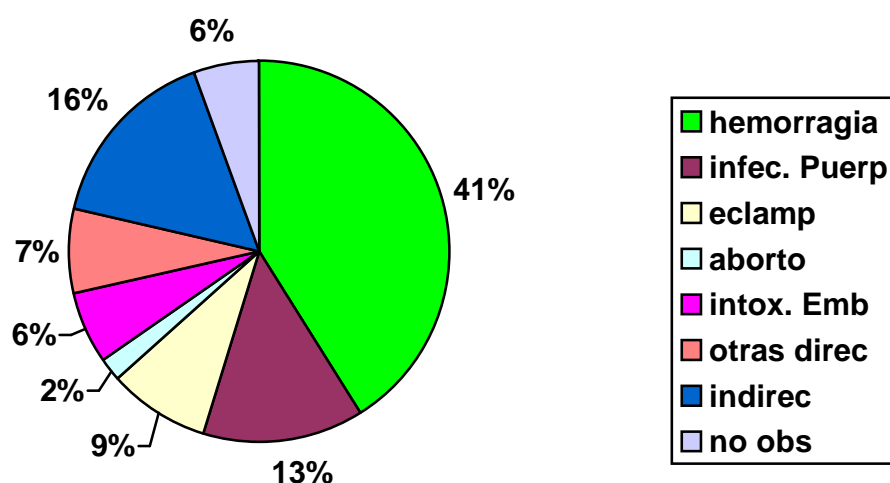
Nota: De las 11 mujeres que fueron diagnosticadas de sepsis, en 4 se les había practicado cesárea (tres de ellas con producto óbito), en otras 4 también había óbito pero fue parto normal.

La primera causa según los diagnósticos de muerte materna del periodo estudiado corresponde a la hemorragia 89 (41.2%) y dentro de esta, la provocada por retención de placenta. La infección puerperal 29 (13%) representa la segunda causa en el SILAIS Matagalpa, tercera la eclampsia con un 19 (8.7%)

El Aborto diagnosticado como tal solamente aparece en 4 diagnósticos (1.8%) Nos llama la atención que un 6% de muertes sea debida por intoxicación durante el embarazo, se debería estudiar el motivo por el que se intoxicaron y si su fin era suicidarse o simplemente provocarse un aborto.

Las muertes indirectas representan el 34 (15.7%) y las no obstétricas 12 (5.5%). Gráfico 15

Gráfico 14. Diagnósticos de las mujeres fallecidas. SILAIS-Matagalpa 93-2000



Fuente: Reportes Muertes Maternas SILAIS-Matagalpa 93-2000

5 Resumen estudios de percepción.

Se entrevistaron a 10 informantes claves, haciendo entrevistas a profundidad,

5.1 Relevancia del problema de Mortalidad materna

En general consideran que: "es un problema de vital importancia", "es un indicador negativo", "refleja como anda la salud", "problema muy difícil de resolver".

Todas las personas entrevistadas reconocen la problemática de la mortalidad materna.

5.2 Valoración de los factores que inciden

Identifican la multicausalidad como son Factores sociales, económicos, culturales, geográfico(poca cobertura de los servicios), analfabetismo, falta de organización comunitaria.

Solamente una de las entrevistadas valora como factores , desconocimientos de los derechos sexuales y reproductivos, injusticia social, desigualdad de género.

5.3 Percepción de la primera causa de muerte

Todas las respuestas coinciden que la causa médica es la hemorragia post parto, dos refieren la preclampsia, una menciona la sepsis puerperal y una de las entrevistadas reconoce como causa principal la injusticia social, la inequidad de género y la inaccesibilidad a los servicios.

5.4 Investigaciones como insumos de estrategias

Una de las entrevistadas desconoce si se han realizado investigaciones, otro sabe que hay pero no sabe en que han aportado al problema, otros dos se refieren a análisis de muertes materna de 1998 y que les dio herramientas para mejorar el trabajo.

Otra de las entrevistadas nos dijo que realiza un análisis de mortalidad Materna desde el año 1990 la cual ha permitido buscar estrategias para incidir en la Mortalidad Materna.

Hay una diversidad de respuestas y contradicción en cuanto al manejo de las investigaciones realizadas que no son del conocimiento de todos/as las entrevistados/as..

5.5 Estrategias de abordaje

Las respuestas expresadas son: "Mediante la organización de los servicios de obstetricia".
"Atención oportuna con eficiencia y eficacia", "Manejo de emergencias obstétricas".
"Organización comunitaria con actores sociales". "Jornadas de reflexión".
"Planes estratégicos, garantizar insumos médicos".
"Casa materna", "capacitación a parteras" "promoción del parto institucional".
"Parto institucional".

Comisión de lucha contra la Mortalidad Materna

A nivel del SILAIS y municipal

Con ayuda externa

En conclusión las personas entrevistadas responsables de la gestión de la salud dan por lo general respuestas a nivel teórico, hay una tendencia a identificar el problema sin tomar en cuenta la injusticia, e inequidad de género. El abordaje a la hora de diseñar los planes estratégicos, no contempla una amplia participación de todos los sectores, incluida la participación social representada por ONGs y por la comunidad, que además están trabajando implícitamente en la problemática.

6 Conclusiones

- Hay un problema en los datos de población, base para el análisis de los indicadores de salud, lo que dificulta el análisis de las muertes maternas a la hora de sacar las tasas y poder evaluar la magnitud real del problema.
- El SILAIS Matagalpa ocupa uno de los primeros lugares en las tasas comparativas de mortalidad materna a nivel nacional. Es un departamento que desde 1989 el Colectivo de Mujeres de Matagalpa ha insistido en analizar profundamente la problemática como indicador de acceso al derecho ciudadano de las mujeres.
- En relación a las muertes reportadas por los Municipios del SILAIS no presentan una lógica en los reportes, ya que Municipios con características similares presentan cifras dispares, ejemplo Bocana de Paiwas y Rio Blanco.
- La mayoría de las muertes corresponden a zonas rurales alejadas, lugares donde la población tiene dificultades en el acceso a la atención en salud. No solamente por las condiciones de las vías de comunicación (accesibilidad geográfica) sino también por el coste y disponibilidad del transporte.(accesibilidad económica). Cuanto más alejado está un territorio, más dificultades hay en cambios ideológicos y culturales, lo que hace que las tradiciones se mantengan más arraigadas, creencias sobre el embarazo, el parto, y puerperio, acentuándose la conformidad o el rol tradicional de la mujer, que son otros que deciden por ella (accesibilidad cultural)
- Las edades extremas representan aproximadamente el 50% de las muertes maternas, en el periodo 98-2000, con datos más completos, el 93.5% de las mujeres fallecidas no habían concluido la primaria, siendo el 63% que no había llegado a ningún grado de primaria. Es evidente que hay una relación estrecha entre el nivel de escolaridad y la muerte materna. Así mismo la relación entre analfabetismo y pobreza o sectores desposeídos mantiene una correlación.
- El número de hijos es un factor de riesgo, en las muertes maternas, el 34% tenían 5 o más hijos, en el segundo periodo estudiado, entre 87 mujeres dejan 437 huérfanos sin contar el actual, promedio de 5 hijos vivos por mujer, más alto que el promedio nacional, siendo este uno de los más altos de América latina.
- Sabiendo que el uso de métodos anticonceptivos es una estrategia validada de reducción de los riesgos y por lo tanto de la muerte materna, el contacto de las mujeres fallecidas a los métodos es muy baja solamente un 18% había usado algún método y los gestágenos orales fueron los más usados. El uso de métodos está muy condicionado por las creencias religiosas muy tradicionales que condenan y condicionan a las mujeres en rechazar el uso. Así mismo la sociedad machista hace que muchos hombres no permiten que las mujeres usen métodos por el temor que tengan relaciones con otros hombres al estar protegidas de embarazos.

- Los factores de riesgo asociados a las muertes están presentes en el 77,3% de las mujeres, multiparidad, espacio ínter genésico corto, edad extrema menor de 19 años y primer embarazo. Factores que podrían disminuirse con el acceso y uso de métodos anticonceptivos. Es decir son factores prevenibles.
- Un 60% de las mujeres fallecidas no tuvieron contacto durante el embarazo con los servicios de salud. Las que lo tuvieron solamente un 4% llegó a visitar la unidad 4 veces. Indicador que evidencia un problema de cobertura o de calidad y accesibilidad del servicio.
- El parto domiciliario atendido por familiares o personal comunitario está presente en el 78% de las mujeres fallecidas. Presentando una tendencia ascendente en el último periodo, que debe tomarse en cuenta y analizarlo a mayor profundidad pudiendo tener su origen en el deterioro económico de la población que no puede costarse ningún servicio de salud, incluido la atención por personal comunitario (pago o agradecimiento simbólico a la partera) o de credibilidad en el sistema (rechazo, maltrato, tipo de atención, etc) , transmitido por las mujeres que han ido a las unidades de salud y han tenido experiencias no satisfactorias o complicaciones graves o hasta la muerte por no haber tenido atención oportuna en el tiempo adecuado.
- Al quedarse las mujeres en la casa, independientemente del momento en que ocurra la complicación, aumenta la posibilidad de muerte materna porque o se detecta tarde la complicación por falta de información, o se busca tarde la ayuda por falta de posibilidad económica o se recibe tarde la ayuda por la distancia oportuna de los servicios (El horario de los puestos de salud rurales no cubre las emergencias fuera del horario diurno y de 5 días semanales, y no siempre se garantiza este horario establecido debido a afectaciones de capacitación, reportes, abastecimiento, enfermedad, etc), o aún estando el personal de salud no hay el abastecimiento para poder enfrentar la emergencia (Suero, guías, bránulas, oxitocina)
- La hemorragia es la primera causa de muerte y la atención inmediata y oportuna es la única posibilidad de evitar esta muerte.
- Aunque según la clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la salud correspondería a muerte no obstétrica, detrás de un suicidio (voluntario o no) hay en la mayoría de los casos un embarazo no deseado o una situación de violencia.
- El análisis de las muertes maternas aunque sea un problema de salud reconocido por los gerentes y el personal de salud que atiende, sigue analizándose desde un punto de vista muy técnico y médico.
- Hay una evidente mejoría en la recogida de los datos, coincidiendo con la implementación del sistema de vigilancia, pero todavía sigue habiendo problemas de llenado así como de la clasificación y diagnósticos.

7 Recomendaciones

- Unir esfuerzos los actores sociales del departamento para poder contribuir a la reducción de la Mortalidad Materna, tomando en cuenta los factores más profundos (políticos, sociales, ideológicos, inequidad de género, religiosos) que entorpecen que las estrategias a largo plazo puedan implementarse.
- Transformar la metodología del análisis de las muertes maternas, con un objetivo que más de buscar culpables, busque insumos para incidir en el problema y que el personal de salud como los actores sociales se sientan motivados a intervenir en esta problemática.
- Realizar campañas masivas y permanentes basadas en los derechos fundamentales de los seres humanos como son los derechos sexuales y reproductivos, que permita el acceso a la decisión libre sin ningún tipo de coacción de la maternidad/paternidad y por ende del uso de métodos anticonceptivos a aquellas personas que optan por no tener o espaciar su procreación.
- Implementar metodología de auto estudio y supervisión capacitante para brindar elementos al personal de salud, de la necesidad de mejorar la calidad de atención y garantizar la credibilidad en los servicios de salud, tomando en cuenta la inequidad de genero y los derechos sexuales y reproductivos, apoyándose en organismos que tienen amplia experiencia en el tema.
- Implementar estrategias de reducción de la hemorragia post parto validadas y evaluadas, como es el uso de oxitocina post parto.
- Motivar y buscar incentivos por aquellos municipios que recojan mayor calidad de datos y análisis de las muertes Maternas, incorporando indicadores de búsqueda de las causas más profundas.
- Promover investigaciones para determinar las causas de la inasistencia de las mujeres a las unidades de salud y a las lideres comunitarias como son las parteras, para poder buscar soluciones y motivar a las mujeres a buscar atención en salud.
- Incorporar en los procesos de capacitación de parteras el enfoque y análisis de género y derechos sexuales y reproductivos. Incluir la metodología que ayude a disminuir los atrasos en la familia y la comunidad (Detección de factores de riesgo y señas de peligros y motivación de búsqueda de ayuda sin demoras).
- Iniciar campañas masivas y permanente de información sobre los derechos sexuales y reproductivos, dirigido a las mujeres y a la comunidad, haciendo énfasis en la disminución de las demoras y detección precoz de las complicaciones.

8 Anexos

8.1 Mortalidad Materna

Entrevista con informantes claves del SILAIS.(responsables del programa, director del I SILAIS, responsable de enfermería, docente, director del hospital, responsable de la Casa Materna y Colectivo de Mujeres.)

Objetivo de la entrevista: Obtener información, opiniones de los responsables de rectorar la salud en el departamento de Matagalpa, y de ONGs. Para conocer su opinión sobre la problemática de mortalidad Materna y que pueda contribuir nuestro análisis.

¿Qué importancia tiene para usted el problema de Mortalidad Materna dentro de la problemática de salud del SILAIS?

¿ Qué factores consideran que inciden?

¿Cómo están organizados para enfrentar el problema?

¿Cuál es la acción que ustedes priorizan para la prevención de la Mortalidad Materna ?

¿Qué investigaciones han realizado y que propuestas han generado estas que se hayan puesto en práctica.?

¿Cuál es la principal causa de muerte?

9 Bibliografía.

- Acsadi, George T.F.-Johnson-Acsadi, Gwendolyn,Vlassoff,Michael, la maternidad sin riesgo en América Latina y el Caribe: aspectos socio-culturales y demográficos de la salud Materna, 1993.
- Ara Sorribas Ana, Análisis comparativo de las muertes maternas 1993-1996 en el SILAIS de Matagalpa.
- Cáceres Ureña Francisco, Estado del racionamiento sobre la mortalidad materna en la República Dominicana.1995.
- Dijema, Paula, mortalidad materna y salud reproductiva en el departamento de Matagalpa, informe SNV. 1998.
- FNUAP2000, población, género y pobreza.
- Maine, Deborah. Programas de reducción de la mortalidad materna, opciones y planteamientos, 1991.
- MINSA,Nicaragua Políticas Nacional de salud, 1997-2002
- MINSA Nicaragua, Manual del sistema de vigilancia de la mortalidad materna, 1996.
- Ministerio de salud, Nicaragua, , Muertes maternas,1998.
- OMS, organización mundial de la salud. División de la salud de la familia, Guía para el estudio de la mortalidad materna en los países en desarrollo: tasas y causas,1987.
- MINSA, Protocolo de prevención y Manejo de la Hemorragia Post parto.2001
- OMS, reducción de la mortalidad materna declaración conjunta
- OMS/FNUAP/UNICEF/Banco Mundial,1999.
- Piura López, Julio Introducción a la metodología de investigación científica. CIES, Nicaragua 2000
- Royston, Erica-Armstrong, Sue, prevención de la mortalidad maternal,1991.
- Schierber,Bárbara, Delgado Hernán, Una intervención para reducir la mortalidad materna y neonatal; proyecto de salud materno y neonatal de
- Sequeira Calero Valinda, Cruz Picón Astralia, Manual de investigación, 1998.
- Stuart H. Douglas, Las técnicas de investigación científica. 1988.
- UNICEF,MINSA,OPS, Comisión Nacional de lucha contra la mortalidad materna,1993