

SUPERVIVENCIA NEONATAL
E INFANTIL DE MADRES FALLECIDAS

SUPERVIVENCIA NEONATAL E INFANTIL DE MADRES FALLECIDAS

Franklin García Pimentel



Supervivencia neonatal e infantil de madres fallecidas

Observatorio de Mortalidad Materna y Neonatal

El Postgrado en Ciencias del Desarrollo es el primer postgrado en la Universidad Mayor de San Andrés (UMSA) especializado en estudios del desarrollo; por su carácter multidisciplinario depende del Vicerrectorado de la UMSA. Tiene como misión formar recursos humanos para el desarrollo y contribuir a través de la investigación y la interacción social al debate académico e intelectual en torno a los desafíos que experimenta Bolivia y América Latina, en el marco del rigor profesional y el pluralismo teórico y político y al amparo de los compromisos democráticos, populares y emancipatorios de la universidad pública boliviana.

Cuidado de edición: Cecilia Salazar de la Torre

Coordinadora de la publicación: María Dolores Castro

Diseño: Elena Carvajal

© CIDES-UMSA, 2017

Primera edición: noviembre de 2017

D.L.:

ISSN:

Impresión:

Impreso en Bolivia

ÍNDICE

| | |
|--|----|
| PRESENTACIÓN | 9 |
| INTRODUCCIÓN | 11 |
| CAPÍTULO I. MARCO DE REFERENCIA..... | 13 |
| 1. Muerte Materna | 13 |
| 2. Mortalidad neonatal e infantil | 14 |
| 3. Salud Materna | 14 |
| 4. Supervivencia neonatal e infantil de muertes maternas..... | 15 |
| 5. Prácticas y Derechos..... | 17 |
| CAPÍTULO II. SITUACIÓN Y CARACTERÍSTICAS DE LA SALUD MATERNA Y NEONATAL EN BOLIVIA..... | 19 |
| 1. La muerte materna en Bolivia..... | 19 |
| 2. Acción y compromisos del Estado | 20 |
| CAPÍTULO III. METODOLOGÍA..... | 23 |
| 1. Interrogantes del estudio | 23 |
| 2. Características y limitaciones de la Base de datos | 24 |
| CAPÍTULO IV. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN | 27 |
| 1. Contexto geográfico de la supervivencia neonatal..... | 27 |
| 2. Supervivencia neonatal según sexo | 28 |
| 3. Características sociodemográficas de las madres fallecidas, en relación a la supervivencia neonatal..... | 30 |
| 4. Prevención y cuidados de la salud materna, en relación a la supervivencia neonatal..... | 34 |
| CONCLUSIONES | 41 |
| BIBLIOGRAFÍA..... | 45 |

ÍNDICE DE GRÁFICOS

| | |
|---|----|
| Grafico No. 1 Condición del recién nacido/a de madres fallecidas, 2011 | 28 |
| Grafico No. 2 Sobrevivientes y No Sobrevivientes según grupo de edad de la madre fallecida, 2011 | 30 |
| Grafico No. 3 Condición del recién nacido/a, según estado civil de la madre fallecida 2011 | 32 |
| Gráfico No. 4 Supervivencia neonatal e infantil de madres fallecidas, según pertenencia alguna nación o pueblo indígena originario campesino o afro-boliviano, 2011..... | 34 |
| Grafico No. 5 Condición del recién nacido de madre fallecida, según acceso al Bono Juana Azurduy, 2011 | 37 |

ÍNDICE DE CUADROS

| | |
|--|----|
| Cuadro No. 1 Condición del recién nacido/a de madres fallecidas, según departamento, 2011 | 9 |
| Cuadro No. 2 Condición del recién nacido/a de madres fallecidas, según sexo, 2011 | 29 |
| Cuadro No. 3 Condición del recién nacido, según paridez de la madre fallecida, 2011 | 32 |
| Cuadro No. 4 Condición del recién nacido, según Nivel de Instrucción de la Madre Fallecida, 2011 | 33 |
| Cuadro No. 5 Condición del recién nacido, según control prenatal realizado por la madre fallecida, 2011 | 35 |
| Cuadro No. 6 Condición del recién nacido de madres fallecidas, según detección de problemas en controles prenatales. 2011 | 36 |
| Cuadro No. 7 Condición del recién nacido de madres fallecidas, según controles postparto realizados en establecimiento de salud, 2011 | 36 |
| Cuadro No. 8 Condición del recién nacido, según Momento del fallecimiento de la madre, 2011 | 38 |
| Cuadro No. 9 Condición del recién nacido, según lugar de la muerte materna, 2011 | 39 |

PRESENTACIÓN

En el marco del análisis de la base de datos de muertes maternas acaecidas en el 2011, cuyo estudio de alcance nacional fue realizado por el Ministerio de Salud y publicado en el 2016 mediante un Resumen Ejecutivo, el Observatorio de Mortalidad Materna y Neonatal se interesó por destacar datos de los/as sobrevivientes de las madres fallecidas en el periodo mencionado.

Este estudio tuvo el propósito de visibilizar a la población de niños y niñas, huérfanos, debido a la mortalidad materna, analizando la relación entre los factores de riesgo y la supervivencia neonatal e infantil. Si bien se trata de un estudio exploratorio, los hallazgos confirman que las condiciones precarias de cuidados de salud y las condiciones en las que vivieron las madres fallecidas, son factores que también afecta la supervivencia de niños y niñas.

Este estudio motiva a la reflexión sobre la orfandad y el futuro incierto de niños y niñas que sobreviven a una muerte materna situación agravada por la ausencia de políticas públicas para garantizar el derecho al cuidado en el país. Además, abre una línea de investigación para seguir profundizando en la complejidad de situaciones que atañe a las muertes maternas.

Es menester señalar que este trabajo ha sido posible gracias a la colaboración del Sistema Nacional de Información en Salud y Vigilancia Epidemiológica SNIS - VE, del Ministerio de Salud, que proporcionó la base de datos del último Estudio de Mortalidad Materna al OMMN y de esta manera contribuir con la generación de evidencias e identificación de estrategias para la reducción de la mortalidad materna.

María Dolores Castro
Coordinadora OMNN

INTRODUCCIÓN

Las muertes maternas y neonatales¹ son expresión máxima de las complicaciones del embarazo, parto y puerperio y constituyen un grave problema de salud pública y del ejercicio de los derechos humanos.

Según la OMS (2016) “... el día del nacimiento es posiblemente el momento más peligroso para las madres y los niños. Cada año, en todo el mundo, 303.000 mujeres mueren durante el embarazo o el parto, 2,7 millones de recién nacidos mueren durante sus primeros 28 días de vida y 2,6 millones de niños nacen muertos”.

En el país, según el Resumen Ejecutivo del Estudio Nacional de Mortalidad Materna 2011, “...la mortalidad materna y neonatal continúa siendo un problema de impacto social y derechos, por lo cual, conocer sus características en mayor profundidad, es prioritario para enfocar estrategias y políticas de salud, y reducir la magnitud de muertes en su mayoría evitables” (Ministerio de Salud, 2016).

Cuando ocurre una muerte materna y supervivencia del neonato, se produce un desequilibrio en la estructura del núcleo familiar y deja un futuro incierto y de orfandad en sus miembros. Excluidos al nacer del cariño y cuidados de la madre, cada una de los fallecimientos maternos tiene un efecto devastador en los sobrevivientes neonatales e infantiles y en la familia, situación agravada por la ausencia de políticas públicas para garantizar el derecho al cuidado en el país.

En el marco de trabajo del Observatorio de Mortalidad Materna y Neonatal y con el propósito de visibilizar a la población de niños/as, huérfanos/as, debido a la mortalidad materna, se presenta los principales resultados del estudio exploratorio, “Supervivencia neonatal e infantil de madres fallecidas”.

1 La mortalidad de recién nacidos o mortalidad neonatal hace referencia a la mortalidad de los nacidos antes de alcanzar los 28 días de edad.

Con la información de las muertes maternas (Ministerio de Salud, 2016), se analiza la relación entre los factores de riesgo y la supervivencia neonatal e infantil. Los factores de exposición que se considera son:

- Características sociodemográficas de la fallecida,
- Actividades de prevención y cuidados de la salud materna que se realizó, y
- El entorno, momento y lugar de la muerte materna.

Queda como interrogante lo que ha sucedido con los huérfanos/as que sobrevivieron los primeros 28 días, luego el primer año y que ahora posiblemente siguen vivos. En el camino quedaron neonatos y niños/as que fallecieron.

El presente informe de supervivencia neonatal e infantil de madres fallecidas consta de siete partes. La primera parte, resume el marco referencial que orienta al estudio, considerándose aspectos de la mortalidad materna y neonatal, con enfoque de derechos. En la segunda parte, se describe la situación y características de la salud materna y neonatal en el país. En la tercera parte, se hace un recuento de los métodos y procedimientos realizados en el estudio. La cuarta parte, presenta los resultados de sobrevivientes neonatales e infantiles de madres fallecidas. La quinta parte está dirigida a contextualizar la situación sociodemográfica de las muertes maternas. En la sexta parte, se describe las actividades de prevención y cuidados de la salud materna. En la séptima parte, se analiza el entorno, el momento y lugar de la muerte materna y, finalmente, están las Conclusiones, en las que se pretende visibilizar esta población vulnerable de supervivientes neonatales.

CAPÍTULO I

MARCO DE REFERENCIA

1. Muerte Materna

La mortalidad materna, se constituye en una evidencia fundamental de la vulneración de derechos humanos, injusticia social, inequidad de género y pobreza y un problema de salud pública (OMS, 2013, Amnesty International, 2015).

Se define a la mortalidad materna como el fallecimiento 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 (OMS, 2016).

Por lo general, se hace una distinción entre «muerte materna directa» que es resultado de una complicación del propio embarazo, parto o su manejo, y «causa de muerte indirecta» que es una muerte asociada al embarazo en una paciente con un problema de salud preexistente o de reciente aparición. Otras defunciones ocurridas durante el embarazo y no relacionadas al mismo se denominan accidentales, incidentales o no-obstétricas.

A nivel mundial, el 2015, aproximadamente un 80% de las muertes maternas fueron debidas a causas directas. Las cuatro causas principales son las hemorragias intensas (generalmente puerperales), las infecciones (septicemia en la mayoría de los casos), los trastornos hipertensivos del embarazo (generalmente la eclampsia) y el parto obstruido. Las complicaciones del aborto peligroso son la causa de un 13% de esas muertes. Entre las causas indirectas (20%) se encuentran enfermedades que complican el embarazo o son agravadas por él, como el paludismo, la anemia, el VIH/SIDA o las enfermedades cardiovasculares (OMS, 2005).

Las complicaciones del embarazo y el parto son las causas principales de muerte entre mujeres en edad reproductiva. Se estima que fallecen 303.000 mujeres durante el embarazo y el parto y postparto². Además, por cada mujer que muere al dar a luz, muchas sufren lesiones, infecciones o enfermedades (OMS, 2015).

2 La mayoría de todas estas muertes se producen en países de ingresos bajos.

2. Mortalidad neonatal e infantil

Se define a la mortalidad neonatal como la muerte producida entre el nacimiento hasta los 28 días de vida. Se considera un problema de salud pública y es el indicador básico para valorar la calidad de la atención en salud del recién nacido (OMS, 2001).

Según estimaciones, unos 5,9 millones de niños/as murieron antes de cumplir cinco años en 2015. La mortalidad neonatal, se calcula en 14.3 por cada 1.000 nacidos vivos y representa el 60% de la mortalidad infantil y 40% de las defunciones de menores de 5 años en América Latina (UNICEF, 2009).

En la mayoría de casos la prematuridad y el bajo peso al nacer- pueden constituir factores predisponentes. Se calcula que aproximadamente 8,7% de los recién nacidos en América Latina y el Caribe sufren bajo peso al nacer (menos de 2.500 grs. al momento del nacimiento). Este hecho guarda estrecha relación con la mayor morbilidad neonatal y se calcula que causa entre 40 y 80% de las muertes neonatales (OPS/ AIS, 2005).

Las principales causas de muerte entre los/las menores de cinco años son la neumonía, las complicaciones por parto prematuro, la asfixia perinatal y la malaria. Aproximadamente 45% de las muertes infantiles están asociadas a problemas de malnutrición. Esta situación se puede agravar debido a factores socioeconómicos como pobreza, educación deficiente (especialmente la educación materna), falta de autonomía, acceso limitado a la atención y prácticas tradicionales en casos de emergencias.

El riesgo de muerte del niño es mayor durante el periodo neonatal (los primeros 28 días de vida). Para evitar estas muertes es esencial un parto seguro y cuidados neonatales eficaces.

3. Salud Materna

Según la OMS, 2015, algunas características de la madre pueden considerarse como factores de riesgo para la supervivencia neonatal y son consideradas variables próximas, como: “la historia obstétrica de la madre (edad, paridad, espacio intergenésico, control prenatal) y aspectos sociales (embarazo en la adolescencia, estado civil, nivel educacional, que se pueden expresar a través de variables biológicas como el bajo peso al nacer, retardo de crecimiento intrauterino como la edad gestacional (prematurez). (Mejía, 2008).

En cuanto a la edad, el embarazo antes de los 20 y después de los 35 años, se asocia a un mayor riesgo materno y perinatal. El embarazo en menores de 20 años o embarazo adolescente, además del mayor riesgo biológico, genera una situación de riesgo social para el recién nacido y la madre, siendo un importante problema de salud pública en la mayoría de los países, especialmente para aquellos en desarrollo.

El embarazo en mujeres de 35 o más años se asocia a un aumento del riesgo de presentar una serie de patologías propias de la gestación y una mayor frecuencia de patologías maternas crónicas, que traen como consecuencia una mayor probabilidad de muerte materna y perinatal (Mejía, 2008).

En un estudio sobre Factores de Riesgo para la muerte Neonatal, se encontró mayor asociación entre muerte materna y falta de control prenatal estado civil (soltera) y patologías prevalentes del embarazo (Pinedo y otros, 1995).

Acceso a servicios

Las disparidades en la utilización de los servicios de atención prenatal y de asistencia profesional en el parto “van en paralelo con las desigualdades sociales en materia de supervivencia infantil”. Son el reflejo sistemático de una situación de desventaja social ligadas no sólo al nivel de ingresos sino también al origen étnico, al nivel educativo y a la diferencia entre las zonas rurales y urbanas, entre otros factores (UNICEF, 2009)

En todo el mundo, las mujeres del 20% de hogares más prósperos continúan teniendo más del doble de probabilidades de contar con asistencia profesional en el parto que las mujeres del 20% de hogares más pobres (NNUU, 2016).

Las madres y los recién nacidos de los hogares más pobres tienen también menos probabilidades de recibir revisiones postnatales, quedando así expuestos a elevados riesgos de padecer complicaciones postparto, hipotermias o infecciones no detectadas.

En contextos de ingresos bajos, “la mitad de los bebés nacidos a las 32 semanas (dos meses antes de llegar a término) mueren por no haber recibido cuidados suficientes, lactancia materna y atención básica para combatir infecciones y problemas respiratorios” (OMS, 2016).

4. Supervivencia neonatal e infantil de muertes maternas

Ante la muerte materna y supervivencia del neonato, se produce un fuerte impacto en la estructura y dinámica familiar, deja un futuro incierto para los hijos huérfanos y los factores de bienestar para la supervivencia del niño/a se precarizan.

En este contexto, “el concepto de muerte materna adquiere un significado mucho más amplio, que una simple definición del dato. Una muerte materna significa el desequilibrio del núcleo familiar, que deja en la orfandad a una familia entera” (Cajias, 2010), y adquiere mayor significancia por la carencia de afectos, lactancia y cuidados del neonato.

Según Amnistía Internacional (2010) “La pobreza lleva a la mortalidad materna, y las muertes y lesiones derivadas de la maternidad hunden más a las familias en la pobreza. Las mujeres que mueren dejan tras de sí familias que luchan por sobrevivir. Cada año, más de un millón de niños y niñas se quedan huérfanos de madre”.

Las consecuencias de la mortalidad materna son graves para la familia y la comunidad, la familia se desestabiliza y disgrega, por lo general el neonato fallece en el curso del primer año de vida y las niñas y niños pequeños no reciben los cuidados necesarios para su óptimo desarrollo.

A pesar de ello, en las búsquedas bibliográficas y documentación, no se han encontrado mayor información y detalle sobre la magnitud de este problema. Llama la atención, la invisibilización de la situación de los/as sobrevivientes de muertes maternas.

Para tener una idea aproximada de esta situación, se han recolectado datos referenciales de algunos países Latinoamericanos sobre el número de huérfanos/as por fallecimiento de la madre.

En México se estima que existen 7.000 bebés huérfanos al año por muerte materna; en Colombia, en el año 2008, se han contabilizado 2.600 sobrevivientes; en Paraguay, se calcula que 350 niños y niñas quedan huérfanos/as al año. (UNFPA, 2009)

De acuerdo a información y estudios sobre neonatos que han perdido a su madre (OMS, 2010; Cajina Gómez, 2010 y UNICEF, en Montaño, 2016), se sabe que se encuentran en una situación de riesgo y desventaja, porque se vulneran sus derechos, a la vida, a tener una familia, a la protección, y en muchos casos, se puede descuidar su salud y desarrollo. Esta población de sobrevivientes, puede compartir algunas características de riesgo que se detalla:

- 3 a 10 veces más probabilidades de morir en los dos años siguientes que los niños / as que cuenta con ambos padres.
- Mayor riesgo de enfermar y de morir. Además de un problema de salud pública, un imperativo ético por resolver.
- Desventaja, porque la madre en esos hogares era el eje del hogar y con su muerte biológica se pierde la integración familiar.
- Mayor vulneración de sus derechos, especialmente en el caso de las niñas huérfanas. A muchas de ellas, se les prepara de forma indirecta a la maternidad temprana,

porque asumen el rol de la madre que falleció y son responsables de los cuidados de sus hermanitos y las atenciones del padre.

5. Prácticas y Derechos

Según UNICEF 2016, un “enfoque equitativo” del desarrollo comienza por conocer bien quiénes son los que están rezagados y por qué; como se puede localizar a los niños y niñas que corren el mayor riesgo, como el caso de huérfanos/as de madres fallecidas. Excluidos al nacer del cariño y cuidados de la madre, cada una de los fallecimientos maternos tiene un efecto devastador en los sobrevivientes neonatales e infantiles y en la familia, especialmente cuando son pobres y están bajo la exclusiva responsabilidad de mujeres³.

Para la prevención y supervivencia neonatal y materna, un aspecto central que se debe fortalecer y tomar en cuenta, son los cuidados prenatales, atención profesional en el parto y cuidados neonatales básicos, aspectos que pueden mejorar la seguridad de los embarazos y las perspectivas de supervivencia infantil.

3 Una gran cantidad de países han desarrollado políticas de cuidado infantil pre y post natales, que incluyen permisos de paternidad. Sin embargo, en Bolivia, por razones estructurales, estos beneficios tienen alcance limitado, tanto por la informalización extendida del empleo, como porque, en el caso de los hombres, prevalecen criterios restrictivos respecto a sus responsabilidades parentales. (Véase Montaña, 2016).

CAPÍTULO II

SITUACIÓN Y CARACTERÍSTICAS DE LA SALUD MATERNA Y NEONATAL EN BOLIVIA

1. La muerte materna en Bolivia

En el país, el año 2011, fallecieron 538 mujeres, por complicaciones del embarazo, parto y post parto, con una Razón de Mortalidad Materna (RMM) estimada en 160 por 100.000 nacidos vivos afectando principalmente a mujeres jóvenes, con baja escolaridad, alta fecundidad, pobres, del área rural e indígena (Ministerio de Salud, 2016).

Las causas médicas de las muertes maternas se refieren a las complicaciones del embarazo o el parto y las causas más frecuentes son, a nivel nacional, la hemorragia, (retención placentaria y atonía uterina), que constituye la primera causa de las muertes maternas en el país.

Los casos de muertes maternas ocurren fundamentalmente en el momento del parto o cesárea. Cerca de la mitad de las muertes maternas se producen durante el parto, la gran mayoría de ellas en el domicilio. Al respecto se “indica que el parto es el momento de mayor preocupación, pero lamentablemente también es el momento en el que el reconocimiento de complicaciones es mucho menor” (De La Gálvez Murillo, 2003). Según el Ministerio de Salud (2008) “...cuando una mujer embarazada da a luz en domicilio, su riesgo de morir se triplica y el de su recién nacido se duplica” (Ministerio de Salud, 2008). A pesar de las importantes mejoras en los indicadores de salud materno-infantil de Bolivia en los últimos años, las cifras de mortalidad neonatal e infantil permanecen dentro de las peores de la región (UNICEF, 2016). En el país, se reporta la mortalidad neonatal de 27 por cada mil nacidos vivos. (ENDSA 2008).

Según la OMS la causa más alta de riesgo para muerte neonatal y post neonatal fueron: un 35% por complicaciones de la prematuridad, 27% por infecciones neonatales, relacionadas con el trabajo de parto 23%, anomalías congénitas, 9% y otras con un 6%.

Aproximadamente el 75% de las muertes neonatales ocurren en la primera semana de vida. Al igual que en el caso de la mortalidad materna, estas muertes están muy relacionadas con la calidad de la atención durante el embarazo y el parto, así como con otras desigualdades.

2. Acción y compromisos del Estado

En Bolivia, la Constitución Política del Estado (CPE), reconoce el derecho a la maternidad segura de las mujeres, con una visión intercultural. Al mismo tiempo el Estado asume la responsabilidad de proteger a las mujeres en los periodos de prenatal, parto y post natal. (Art. 45) planteando que “las mujeres tienen derecho a la maternidad segura, con una visión y practica intercultural”.

Si consideramos los determinantes de las muertes maternas neonatales e infantiles, en el país, todavía sobresalen las siguientes problemáticas (Castro, 2015).

En atención en salud:

- Los servicios de salud no cuentan con la infraestructura, insumos ni competencias técnicas necesarias para atender las emergencias obstétricas y neonatales.
- El acceso a servicios para control prenatal y parto para mujeres del área rural y poblaciones indígenas sigue siendo bajo. Esto es más problemático en regiones alejadas.
- Sobresalen la falta de coordinación intersectorial, la necesidad de mejorar la capacidad de respuesta y la calidad de los servicios de salud como temas a ser trabajados para la prevención y atención adecuada de la salud materna y neonatal.
- Es necesario reforzar los sistemas de información y vigilancia epidemiológica de las muertes maternas y neonatales.
- No se han identificado mecanismos que propicien el seguimiento y contactos posteriores entre el personal de salud y los allegados de la difunta, cuando el/la menor es sobreviviente, con madre fallecida.

En nutrición, ingresos y educación:

- Las mujeres con los niveles de instrucción más bajos y las que pertenecen a los quintiles más pobres presentan las tasas más altas de mortalidad neonatal, más del doble de aquellas con los niveles más altos de instrucción y pertenecientes a los quintiles más ricos.

En legislación de la mujer e igualdad de derechos (Ministerio de Justicia, 2009).

- Las decisiones de las mujeres para buscar ayuda oportuna están todavía muy influenciadas por la pareja o los parientes, evidenciando su falta de autonomía y empoderamiento.

Sobre la situación y características de la mortalidad materna y neonatal, se indica que “Bolivia ha dispuesto una serie de normativas y leyes para abordar las determinantes de la muerte materna y neonatal, sin embargo, no todas han logrado todavía sus objetivos y metas. En lo que concierne a la legislación de derechos e igualdad de derechos todavía falta desarrollar mayores acciones” (Castro, 2015).

Ahora bien, con el objeto de promover el acceso a los servicios de salud y desarrollo integral para disminuir la mortalidad materna e infantil, desde el 27 de mayo de 2009, se *inició* del pago del *Bono* “Juana Azurduy” promulgado con Decreto Supremo Nro. 0066⁴.

Este es un Programa que promueve la entrega de un bono monetario condicionado, que beneficia a la mujer gestante, en lactancia y para garantizar la supervivencia del niño. La titular es quien cobra los bonos, antes del nacimiento y hasta los dos años del niño(a). Las políticas de cuidado en cuanto a niños y niñas, se remiten a principios universales de derechos, que son reflejadas en la Constitución Política del Estado (Art. 59), promoviendo la atención y cuidado desde la familia.

4 ARTÍCULO 3.- (EJECUCIÓN DEL BONO). I. Se establece el Bono Madre Niño - Niña “Juana Azurduy”, como incentivo para el uso de los servicios de salud por parte de la madre durante el periodo de embarazo y el parto, así como el cumplimiento de los protocolos de control integral, crecimiento y desarrollo de la niña o el niño desde su nacimiento hasta que cumpla dos años de edad.

CAPÍTULO III METODOLOGÍA

1. Interrogantes del estudio

Una primera aproximación sobre el problema que aborda este texto, pasa por reconocer la importancia de visibilizar la situación y características de la supervivencia neonatal e infantil de madres fallecidas. En este sentido, surgen algunas interrogantes iniciales que se tratará de abordar en el estudio:

- ¿Cuál fue el perfil sociodemográfico de las fallecidas con sobrevivientes neonatales?,
- ¿Realizaron actividades de prevención y cuidado de la salud materna? ¿Cuál fue el entorno de la supervivencia neonatal e infantil, en el momento y lugar del fallecimiento? y
- ¿Qué factores contribuyen mayormente a la supervivencia neonatal e infantil?

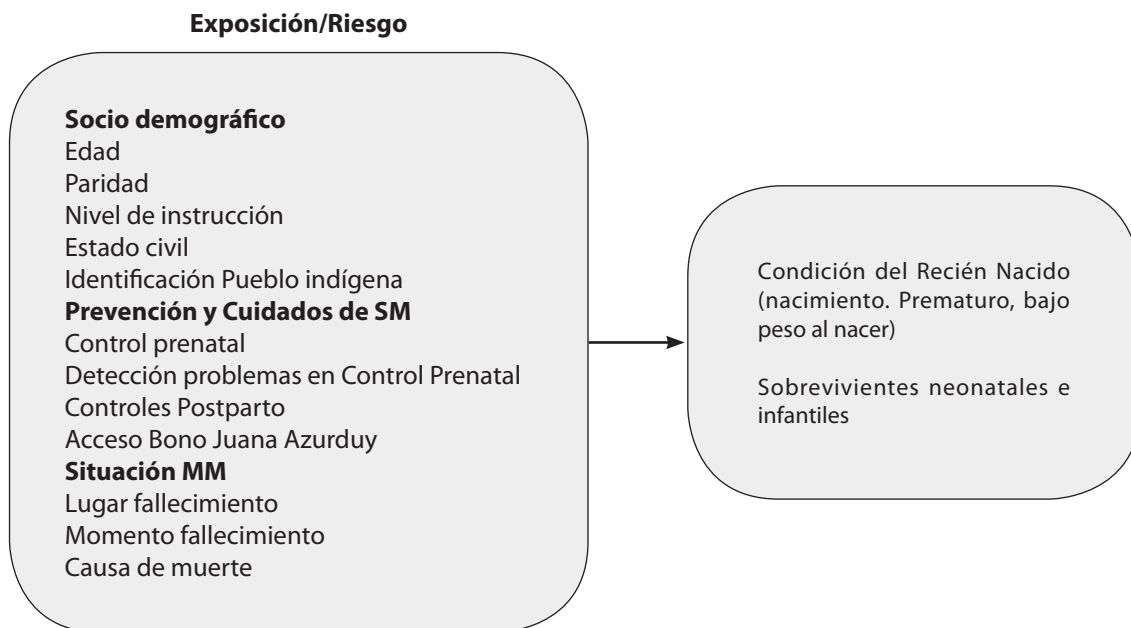
El estudio es exploratorio y de carácter cuantitativo, el análisis es retrospectivo, basado en la información base de datos de Mortalidad Materna, 2011 (Ministerio de Salud, 2016), y permitirá identificar y sistematizar aquellos factores de riesgo.

Ahora bien, dado el objetivo del estudio, que pretende identificar y describir algunos factores de exposición o riesgo, en relación a los resultados de la supervivencia neonatal de madres fallecidas, se consideran las siguientes variables:

- Variables socio demográficas como edad, la paridad, identificada por el número de hijos, nivel de instrucción, estado civil y pertenencia a algún pueblo indígena originario campesino o afro-boliviano. Estas son consideradas como factores potencialmente concurrentes.
- Variables de prevención y cuidados de salud, controles prenatales realizados, detección de problemas en el embarazo y control postparto.

- Variables de la situación de muerte materna. Se identifica del estudio de mortalidad materna de 2011, el momento de fallecimiento (embarazo, parto, post parto) y el lugar de fallecimiento (servicio de salud, domicilio, otro).

**Factores de Exposición/Riesgo de madres fallecidas
y supervivencia neonatal e infantil**



2. Características y limitaciones de la Base de datos

En el estudio se considera a todas las muertes maternas del 2011, con información de la variable “condición del recién nacido (Ministerio de Salud, 2016). De 538 muertes maternas ocurridas en el año 2011, se han tomado en cuenta para el estudio 419 casos con información.

A continuación se detalla, las categorías de la “condición del recién nacido” de las madres fallecidas, el 2011:

- Nació muerto o murió en el vientre.
- Nació vivo/a, falleció entre los 7 y 28 días.

- Nació vivo/a falleció después de los 29 días o después del 1er año.
- Nació vivo/a, sigue vivo/a.

El análisis de la supervivencia neonatal e infantil, presenta algunas limitaciones en las disgregaciones, por el número de casos y debido al subregistro de los casos de muertes maternas y la calidad de los datos.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

1. Contexto geográfico de la supervivencia neonatal

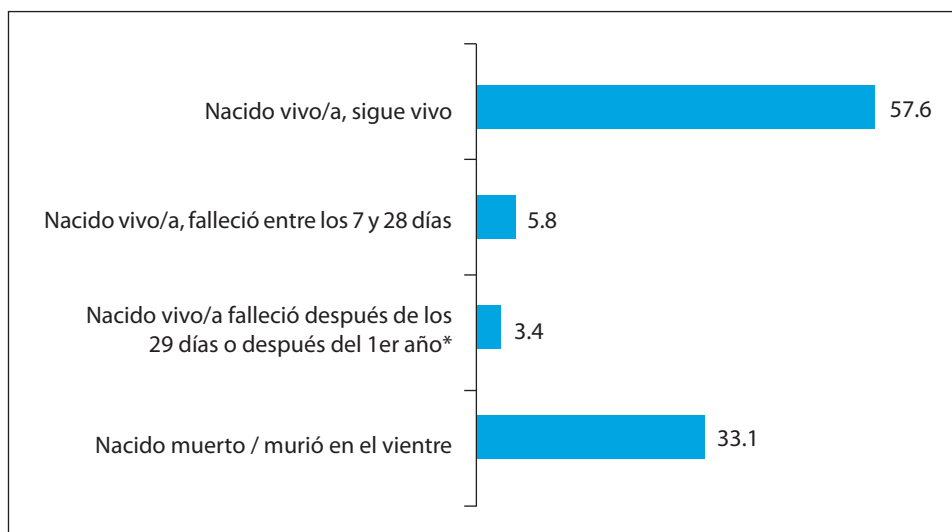
En el presente capítulo, se presentan los principales resultados del estudio exploratorio, con el propósito de visibilizar la supervivencia neonatal e infantil de madre fallecidas, e identificar evidencias que den cuenta de riesgos que experimentó en vida la mujer fallecida (gestante), en el embarazo, parto o posparto.

Con el objeto de posibilitar una aproximación a las historias de las muertes maternas, con sobrevivientes neonatales e infantiles, se tomaron en cuenta 419 casos de muertes maternas, donde existía información de la variable “condición de recién nacido/a”.

De todos los casos estudiados e incluidos para el análisis: 139 (33,1%) correspondieron a nació muerto/murió en el vientre, 24 (5,8%) falleció entre los 7 a 28 días, 14 (3,4 %) falleció después de los 29 días y los sobrevivientes 241 (57,6%).

Para los/las recién nacidos/as de madres fallecidas, especialmente después del nacimiento, representa el momento mayor riesgo hasta el primer año de vida. De acuerdo a los resultados podemos advertir que más de la mitad de los casos, siguen vivos/as. Este hecho, visibiliza a los/las huérfanos/as, una población altamente vulnerable por la muerte materna, sin el sustento básico para la supervivencia neonatal e infantil.

Grafico No. 1
Condición del recién nacido/a de madres fallecidas, 2011, (en %)



Fuente: Elaboración propia, en base a Ministerio de Salud, 2016.

*Menos de 20 casos.

Según el estudio del 2011, los departamentos de La Paz, Potosí y Cochabamba presentan las razones de muerte materna más altas de Bolivia, estando éstas por encima del promedio nacional⁵.

De acuerdo a la encuesta, los departamentos que muestran una proporción mayor de sobrevivientes neonatales e infantiles son: Santa Cruz, Cochabamba y La Paz.

El departamento del Beni, tiene un mayor porcentaje (45,6) de “nacidos muertos o muerte en el vientre”.

En Potosí, se observa una mayor proporción de muertes neonatales, el 17,9% fallecieron entre los 7 y 28 días.

5 La Razón de Mortalidad (RM), para 2001 fue de 160 por 1000.000 nacidos vivos. . En el departamento de La Paz, la RM fue 160, en Potosí 255 y Cochabamba 188(Ministerio de Salud, 2016).

Cuadro No. 1
Condición del recién nacido/a de madres fallecidas, según departamento, 2011 (en %)

| Departamento | Nació muerto o murió en el vientre | Nacido Vivo/a | | | No. CASOS |
|--------------|------------------------------------|--------------------------------|---|--------------|-----------|
| | | Falleció entre los 7 y 28 días | Falleció después de los 29 días o después del 1er año | Sigue Vivo/a | |
| Total | 33,1 | 5,8 | 3,4 | 57,6 | 419 |
| Chuquisaca | 51,3 | 0,0 | 0,0 | 48,7 | 18* |
| La Paz | 37,0 | 3,7 | 1,9 | 57,4 | 172 |
| Cochabamba | 24,4 | 8,0 | 2,1 | 65,6 | 53 |
| Oruro | 32,8 | 12,5 | 0,0 | 54,7 | 24 |
| Potosí | 22,2 | 17,9 | 4,7 | 55,2 | 55 |
| Tarija | 43,2 | 7,3 | 21,3 | 28,3 | 14* |
| Santa Cruz | 23,5 | 0,0 | 6,5 | 70,0 | 53 |
| Beni | 45,6 | 0,0 | 4,0 | 50,4 | 27 |
| Pando | 65,2 | 0,0 | 0,0 | 34,8 | 3* |

Fuente: Elaboración propia, en base a Ministerio de Salud, 2016.

*Menos de 20 casos (Chuquisaca y Tarija).

2. Supervivencia neonatal según sexo

Del total de 419 casos de estudio, en la actualidad sobreviven 241, de los cuales 122 son niñas (51%) y 119 niños (49%), todos huérfanos/os de madre. No se dispone de mayor información acerca de su condición de bienestar actual o si siguen vivos. Se estima que en la actualidad, los/las sobrevivientes tienen una edad, en un rango de 5 a 6 años.

Cuadro No. 2
Condición del recién nacido/a de madres fallecidas, según sexo, 2011, (en %)

| Sexo | Nació muerto u murió en el vientre | NACIDOS/AS VIVOS/AS | | | No. de Casos |
|--------|------------------------------------|--------------------------------|---|--------------|--------------|
| | | Falleció entre los 7 y 28 días | Falleció después de los 29 días o después del 1er año | Sigue Vivo/a | |
| Total | 33,1 | 5,8 | 3,4 | 57,6 | 419 |
| Hombre | 16,5 | 2,4 | 1,9 | 28,4 | 206 |
| Mujer | 16,9 | 3,3 | 1,4 | 29,1 | 213 |

Fuente: Elaboración propia, en base a Ministerio de Salud, 2016.

3. Características sociodemográficas de las madres fallecidas, en relación a la supervivencia neonatal

Para caracterizar la condición sociodemográfica de la madre fallecida, se considera a la edad, la paridad, identificada por el número de hijos tenidos, nivel de instrucción, estado civil y pertenencia alguna nación o pueblo indígena originario campesino o afro-boliviano. Estos factores podrían ser considerados potencialmente concurrentes en la supervivencia neonatal e infantil.

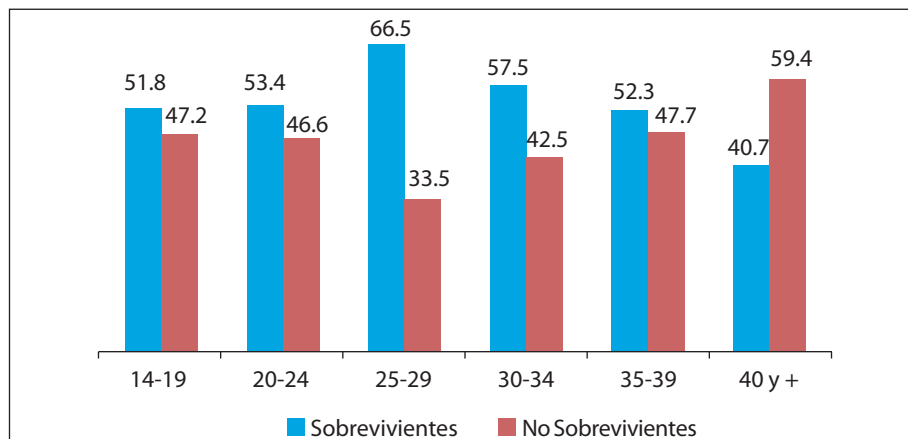
Edad⁶ de la madre fallecida

La edad es un antecedente biodemográfico que permite identificar factores de riesgo a lo largo del ciclo vital de las personas, como también de la salud materna. El embarazo, en edades extremas, puede exponer a la mujer, al feto y recién nacido, a una mayor probabilidad de complicaciones y la mortalidad.

De acuerdo al estudio, la edad de la madre fallecida se considera un factor de riesgo importante para la mortalidad neonatal e infantil. Se han identificado especialmente 2 grupos etáreos de mayor riesgo: las madres adolescentes y las mayores de 35 años.

Los/las sobrevivientes⁷ de muertes maternas tienen una mayor representación en mujeres jóvenes. Se observa una mayor supervivencia neonatal e infantil en madres fallecidas menores de 35 años. En las muertes maternas con mayor edad, se incrementa la proporción de no sobrevivientes.

Grafico No. 2
Sobrevivientes y No Sobrevivientes según grupo de edad de la madre fallecida, 2011, (en %)



Fuente: Elaboración propia, en base a Ministerio de Salud, 2016.

6 Variables gestacionales (edad de la madre y grado de paridad).

7 Se considera No Sobrevivientes a (nació muerto o murió en el vientre, falleció entre los 7 y 28 días y más) y Sobrevivientes (sigue vivo).

Mortalidad materna en la adolescencia

El embarazo en la adolescencia, puede ser un factor de riesgo obstétrico y neonatal, que puede aumentar la probabilidad de tener hijos prematuros y de bajo peso al nacer, donde se producen mayor número de muertes neonatales e infantiles.

Del total de casos de muertes maternas, las adolescentes representan, el 15,3%. Se constituye en un grupo de riesgo, porque se observa una menor sobrevivencia neonatal e infantil en comparación de los otros grupos etareos, excepto con las mujeres fallecidas mayores de 35 años.

Paridad

La paridad⁸ se emplea como referente para establecer el riesgo obstétrico y eventuales resultados adversos del recién nacido.

En cuanto al orden de nacimiento, alrededor del 40% de nacidos vivos en el año 2011, fueron primogénitos y el 15,2% ocuparon el cuarto a más orden entre los nacimientos que tuvo la madre fallecida.

Según los datos, la primiparidad o el primer embarazo, en el 27,5% representan una menor sobrevivencia neonatal.

La mayor proporción de “nació muerto o murió en el vientre”, se encuentra en aquellas mujeres fallecidas con paridad “0” o sin hijos.

Se observa una mayor sobrevivencia neonatal e infantil de aquellas mujeres fallecidas cuya paridad fue de más de dos hijos.

8 Se dice que una mujer ha parido, cuando ha dado a luz por cualquier vía (vaginal o por cesárea) uno o más productos (vivos o muertos).

Cuadro No. 3
Condición del recién nacido, según paridez de la madre fallecida, 2011 (en %)

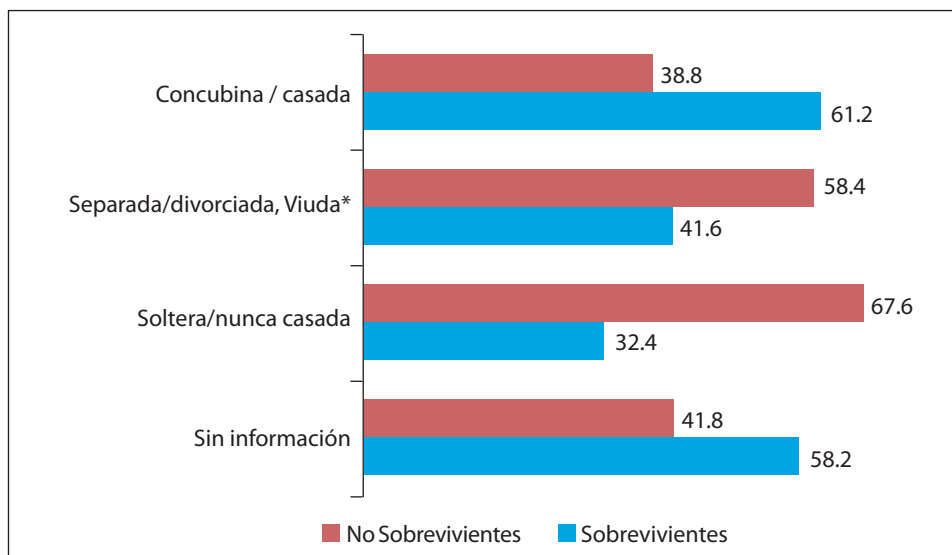
| PARIDAD (MM) | Nació muerto u murió en el vientre | Nació Vivo/a | | | No. CASOS |
|-----------------|------------------------------------|--------------------------------|--|------------|-----------|
| | | Falleció entre los 7 y 28 días | Falleció entre los 29 días y después del 1er año | Sigue vivo | |
| Total | 33,1 | 5,8 | 3,4 | 57,6 | 419 |
| 0 | 72,5 | 0,0 | 0,0 | 27,5 | 34 |
| 1 – 2 | 27,3 | 6,8 | 4,7 | 61,2 | 212 |
| 3 y + | 25,5 | 3,9 | 3,3 | 67,2 | 132 |
| Sin información | 55,1 | 11,6 | 0,0 | 33,3 | 40 |

Fuente: Elaboración propia, en base a Ministerio de Salud, 2016.

Estado civil

En las mujeres casadas o concubina fallecidas se observa una mayor supervivencia neonatal e infantil, casi el doble de las mujeres fallecidas solteras. Tal vez se puede explicar este hecho por la edad o por las redes de apoyo que disponen (pareja y/o familiares). Se constató que las mujeres solteras fallecidas tienen en promedio menor edad a las casadas/unidas.

Gráfico No. 3
Condición del recién nacido/a, según estado civil de la madre fallecida 2011 (en %)



Fuente: Elaboración propia, en base a Ministerio de Salud, 2016

*Los casos son menores a 20

Nivel Educativo

El nivel de educación de la madre fallecida evidencia una relación directa con la sobrevivencia neonatal e infantil. El mayor porcentaje de sobrevivientes neonatales, se encuentra en aquellas madres fallecidas con educación, mayor a secundaria 29 (59%). Se observa una menor sobrevivencia neonatal e infantil 11 (45,2%), en aquellas madres difuntas que nunca fueron a la escuela.

Es probable que las madres fallecidas con un mejor nivel educacional pospongan la maternidad o la edad de matrimonio y además optan por cuidados médicos para el control del embarazo y parto.

Cuadro No. 4
Condición del recién nacido, según nivel de instrucción de la madre fallecida, 2011, (en %)

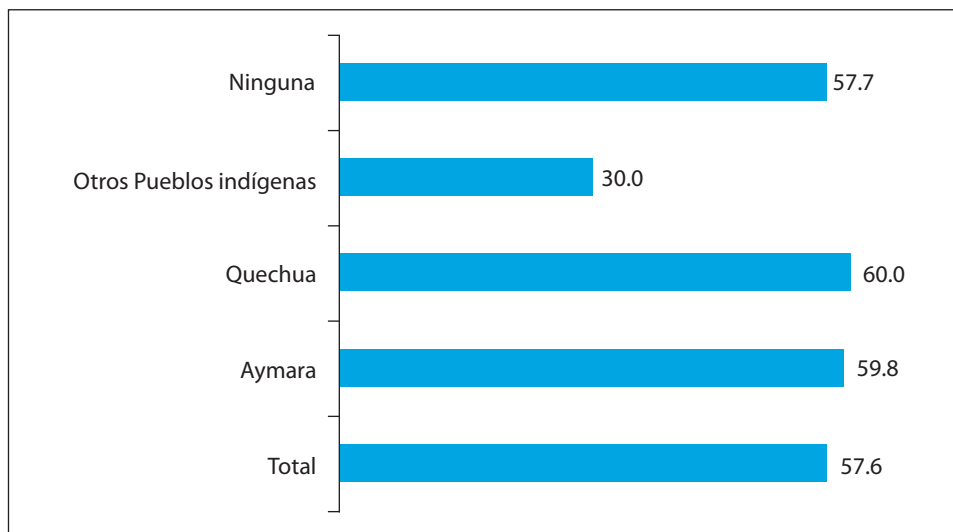
| Nivel de Instrucción de la Madre Fallecida | Sobreviviente | | No sobreviviente | | No. Total de Casos |
|--|---------------|------|------------------|------|--------------------|
| | (n) | % | (n) | % | |
| Total | 241 | 57,6 | 177 | 42,4 | 419 |
| Nunca fue a la escuela | 11 | 45,2 | 14 | 54,8 | 25 |
| Educación secundaria y menos | 174 | 58,6 | 123 | 41,4 | 296 |
| Más que educación secundaria | 29 | 59,0 | 20 | 41,0 | 49 |
| Sin especificar | 28 | 57,0 | 21 | 43,0 | 49 |

Fuente: Elaboración propia, en base a Ministerio de Salud, 2016.

Identificación pueblo indígena, originario

No se ha encontrada mayores diferencias entre la identificación pueblo indígena originario de la madre fallecida con la supervivencia del hijo/a, excepto con los que declararon pertenecer a "otro" pueblo indígena, donde la supervivencia es menor, pero también el número de casos es bajo.

Gráfico No. 4
Supervivencia neonatal e infantil de madres fallecidas, según pertenencia alguna nación o pueblo indígena originario campesino o afro-boliviano, 2011, (en %)



Fuente: Elaboración propia, en base a Ministerio de Salud, 2016.

Otros aspectos muy importantes para caracterizar la estructura de la supervivencia neonatal e infantil están asociados a la prevención y cuidados de salud materna y el entorno, el momento y el lugar de la muerte materna.

4. Prevención y cuidados de la salud materna, en relación a la supervivencia neonatal

El cuidado del embarazo en forma temprana, periódica e integral, disminuye sustancialmente el riesgo de complicaciones y muerte tanto materna como perinatal; propicia además una adecuada atención del parto y por otro lado, asegura condiciones favorables de salud para las madres y sus hijos/as en los períodos inmediatamente posteriores al nacimiento (OMS, 2016).

En este punto, vamos a analizar las muertes maternas, con sobrevivientes neonatales e infantiles, según prevención y cuidados de salud efectuados, en el embarazo, parto o postparto, como los controles prenatales realizados, detección de problemas en controles prenatales, controles postparto en establecimiento de salud, y acceso al *Bono "Juana Azurduy"*.

Control Prenatal

Una atención prenatal eficaz, es capaz de detectar a tiempo cualquier complicación del embarazo y ofrece a las mujeres los suplementos de micronutrientes que precisan para su propia salud y para el desarrollo normal del bebe. Se asocia a mejores resultados de la salud materna el cual incluye diagnóstico y tratamiento oportuno.

De acuerdo a los resultados, siete de cada 10 nacidos de madres fallecidas sobreviven, si al menos tienen 1 control prenatal. También se observa si no tienen ningún control prenatal, la proporción de “nació muerto o murió en el vientre” es más de 50%.

Cuadro No. 5
Condición del recién nacido, según control prenatal realizado por la madre fallecida, 2011, (en %)

| Realizó Control prenatal | Nació muerto u murió en el vientre | Nacido vivo/a | | | Total |
|--------------------------|------------------------------------|--------------------------------|---|------------|-------|
| | | Falleció entre los 7 y 28 días | Falleció después de los 29 días o después del 1er año | Sigue Vivo | |
| Al menos uno | 23,4 | 6,0 | 4,0 | 66,6 | 233 |
| Ninguno | 50,3 | 4,9 | 0,0 | 44,8 | 67 |
| Sin información | 42,3 | 6,0 | 4,3 | 47,4 | 119 |
| Total | 33,1 | 5,8 | 3,4 | 57,6 | 419 |

Fuente: Elaboración propia, en base a Ministerio de Salud, 2016.

Detección de problemas en controles prenatales

En una primera aproximación, los datos muestran que en los casos donde se “detectaron problemas en el control prenatal” de la madre fallecida, los sobrevivientes presentan una menor proporción. Se observa una mayor sobrevivencia neonatal e infantil en los casos donde “no se detectaron problemas en control prenatal”. Es posible, que muchas de ellas hayan discontinuado los controles o abandonado los mismos. Por diversas razones las mujeres dejan de asistir a todos sus controles prenatales, y puede deberse a factores personales, familiares o institucionales.

En el ámbito institucional y servicios de salud hay que considerar que el solo cumplimiento de los controles no garantiza la calidad de la atención, pues se requiere que el equipo de salud identifique factores de riesgo, enfermedades y complicaciones que puedan afectar al embarazo y la salud del recién nacido.

Cuadro No. 6
Condición del recién nacido de madres fallecidas, según detección de problemas en controles prenatales. 2011, (en %)

| Detectaron problemas en control prenatal | Nació muerto u murió en el vientre | Nacido vivo/a | | | Total |
|--|------------------------------------|--------------------------------|---|------------|-------|
| | | Falleció entre los 7 y 28 días | Falleció después de los 29 días o después del 1er año | Sigue Vivo | |
| Si | 25,4 | 12,4 | 5,2 | 57,0 | 42 |
| No | 20,6 | 4,1 | 4,3 | 71,0 | 113 |
| Sin información | 26,4 | 5,2 | 2,8 | 65,5 | 78 |
| Total | 23,4 | 6,0 | 4,0 | 66,6 | 233 |

Fuente: Elaboración propia, en base a Ministerio de Salud, 2016.

Controles posparto en centro de salud

El período de posparto puede ser un momento donde se incrementa la vulnerabilidad de las gestantes y por lo general corresponden a los primeros 40 días después del parto.⁹ En el posparto, se presentan importantes cambios fisiológicos y psicológicos en la mujer, y también pueden surgir complicaciones que comprometan el embarazo y la salud materna.

En los casos de madres fallecidas que realizaron controles postparto presentan una menor proporción de muertes neonatales e infantiles, y una mayor proporción siguen vivos/as.

Cuadro No. 7
Condición del recién nacido de madres fallecidas, según controles postparto realizados en establecimiento de salud, 2011, (en %)

| Realizó uno o más controles postparto en el establecimiento de salud | Nació muerto u murió en el vientre | Nació Vivo/a | | | Total |
|--|------------------------------------|--------------------------------|---|------------|-------|
| | | Falleció entre los 7 y 28 días | Falleció después de los 29 días o después del 1er año | Sigue Vivo | |
| Si | 11,3 | 1,5 | 5,0 | 82,2 | 75 |
| No | 11,0 | 14,0 | 5,2 | 69,8 | 127 |
| NS/NR | 9,2 | 5,3 | 5,2 | 80,3 | 57 |
| Total | 10,6 | 8,4 | 5,1 | 75,9 | 258 |

Fuente: Elaboración propia, en base a Ministerio de Salud, 2016.

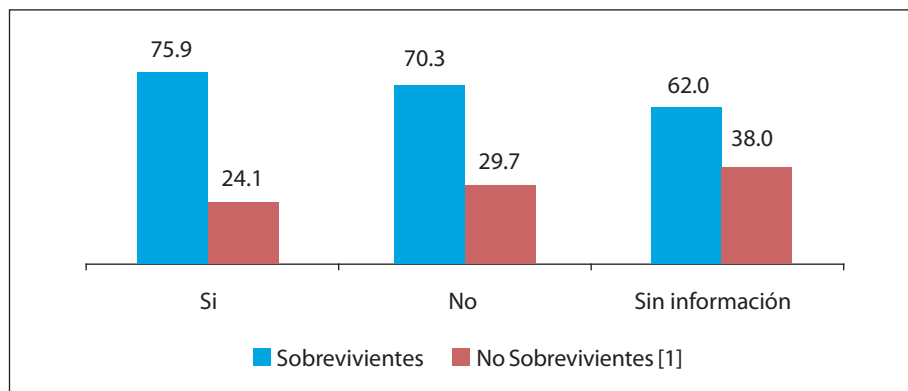
⁹ De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), el período de posparto comienza una hora después de la expulsión de la placenta, e incluye las primeras seis semanas.

Programa de apoyo a la salud materna

El Bono “Juana Azurduy” creado por decreto supremo 0066/2009, es un incentivo económico (transferencia condicionada) que reciben las madres bolivianas; el Bono tiene por objeto contribuir a disminuir la mortalidad materna infantil y la desnutrición crónica en niños y niñas menores de dos años en todo el país.

Se observa que las madres fallecidas que recibieron el Bono Juana Azurduy¹⁰, se evidencia una mayor supervivencia neonatal e infantil. La información con que se cuenta es insuficiente, para valorar las condiciones de vida en la que se encuentran los sobrevivientes neonatales e infantiles. A demás por el tiempo transcurrido, queda la interrogante, si este grupo vulnerable de sobrevivientes, están identificados en el Bono y después de la muerte de su madre continuaron recibiendo este apoyo.

Grafico No. 5
Condición del recién nacido de madre fallecida, según acceso al Bono “Juana Azurduy”, 2011, (en %)



Fuente: Elaboración propia, en base a Ministerio de Salud, 2016.

El entorno, el momento y lugar de la muerte materna

En la situación de las muertes maternas, se considera el momento de fallecimiento (embarazo, parto, post parto) y el lugar de la muerte (servicio de salud, domicilio, otro), de acuerdo a la clasificación del estudio de mortalidad materna de 2011.

Según los datos del estudio, el “momento del fallecimiento de la madre”, “durante el parto o cesárea” y “después del parto o cesárea” (hasta los 42 días y entre 43 a 364 días),

10 El año 2011, cuando se realizó la Encuesta de Mortalidad Materna, el BJA, estaba en sus inicios.

están vinculados con la supervivencia neonatal e infantil. Los sobrevivientes neonatales, se dan el momento de fallecimiento de la madre en el parto o post parto.

Se identifica una mayor supervivencia neonatal e infantil, cuando el momento de la muerte materna fue en el postparto. Posiblemente, la madre fallecida tuvo un tiempo, para conocer y cuidar a, el/la sobreviviente al inicio de su vida.

Cuadro No. 8
Condición del recién nacido, según Momento del fallecimiento de la madre, 2011, (en %)

| Momento de fallecimiento de la madre | Nació muerto u murió en el vientre | | Nacido Vivo/a | | | | | | Total de casos |
|---|------------------------------------|-------|--------------------------------|-----|---|-----|---------------|------|----------------|
| | | | Falleció entre los 7 y 28 días | | Falleció después de los 29 días o después del 1er año | | Siguió Vivo/a | | |
| | n | (%) | n | (%) | n | (%) | n | (%) | |
| Durante el embarazo, antes y después de 22 semanas | 78 | 100,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 78 |
| Durante el parto o cesárea | 33 | 40,3 | 3 | 3,1 | 1 | 1,4 | 45 | 55,2 | 82 |
| Después del parto o cesárea (hasta los 42 días y entre 43 y 364 días) | 25 | 9,7 | 22 | 8,5 | 14 | 5,4 | 196 | 76,0 | 258 |
| Total | 139 | 33,1 | 24 | 5,8 | 14 | 3,4 | 241 | 57,6 | 419 |

Fuente: Elaboración propia, en base a Ministerio de Salud, 2016.

Lugar de fallecimiento de la madre

Los cuidados de calidad durante el parto, así como en el periodo postnatal inmediato, previenen la aparición de complicaciones, facilitan su detección y tratamiento precoz y pueden reducir la mortalidad neonatal, en los primeros días de vida.

Se evidencia, que las madres fallecidas en un establecimiento de salud presentan una menor proporción de “nació muerto o murió en el vientre”, y una mayor proporción supervivencia neonatal e infantil “sigue vivo/a”, en comparación con las madres que fallecieron en domicilio.

En muchas situaciones, la atención domiciliaria de los partos de riesgo, conlleva a altos niveles de mortalidad, debido principalmente a complicaciones, en la atención no especializada del recién nacido, por lo cual es necesario incrementar la atención del parto por profesionales de salud calificados.

Cuadro No. 9
Condición del recién nacido, según lugar de la muerte materna, 2011 (en %)

| Lugar de la muerte materna | Nació muerto u murió en el vientre | Nacido/a Vivo/a | | | No. Casos |
|----------------------------|------------------------------------|--------------------------------|--|--------------|-----------|
| | | Falleció entre los 7 y 28 días | Falleció después de los 29 días al 1er año y mas | Sigue Vivo/a | |
| Establecimiento de salud | 25,5 | 6,2 | 3,5 | 64,7 | 167 |
| Su domicilio | 33,7 | 7,8 | 3,9 | 54,7 | 164 |
| Otro lugar | 39,1 | 1,5 | 3,0 | 56,4 | 72 |
| NS/NR | 85,5 | 0,0 | 0,0 | 14,5 | 16 |
| Total | 33,1 | 5,8 | 3,4 | 57,6 | 419 |

Fuente: Elaboración propia, en base a Ministerio de Salud, 2016.

CONCLUSIONES

El presente estudio es de carácter exploratorio, los datos son iniciales, y representan una primera mirada que será necesario seguir profundizando con mayores evidencias sobre la supervivencia neonatal e infantil de madres fallecidas.

Con la información, de muertes maternas, se pretende visibilizar a los sobrevivientes huérfanos/as y los factores de exposición y riesgo. Se considera el perfil sociodemográfico de la madre fallecida, las actividades de prevención y cuidado de la salud materna, y el entorno del fallecimiento. A continuación se realiza un recuento de algunos factores de riesgo, que consideramos necesarios abordar y analizar en un contexto más amplio de la salud materna.

Características sociodemográficas de las madres fallecidas

Se corrobora la existencia de vínculos e interrelaciones entre las características sociodemográficas de la madre fallecida (edad, estado civil, nivel de instrucción), y la supervivencia neonatal e infantil.

Más de la mitad de todos los casos de madres fallecidas, siguen vivos/as, son sobrevivientes. Este hecho visibiliza a los/las huérfanos/as como una población altamente vulnerable por la muerte materna, sin el sustento básico y el afecto para la supervivencia neonatal e infantil.

De los/las sobrevivientes, huérfanas/os de madre (241), 122 son niñas y 119 niños, con edades de 5 a 6 años en la actualidad. No se dispone de mayor información acerca de su condición de bienestar.

Según la edad de la madre fallecida, se identifican dos grupos etáreos, que pueden presentar mayor riesgo: las madres adolescentes y las mayores de 35 años.

En las mujeres casadas o concubinas que fallecieron, se observa una mayor supervivencia neonatal e infantil, casi el doble de las mujeres solteras, fallecidas.

El nivel de educación, evidencia una relación directa, la mayor proporción de sobrevivientes neonatales, se encuentra en aquellas muertes maternas con educación mayor a secundaria

Prevención y cuidados de salud materna

Existen evidencias que la historia obstétrica de la madre fallecida, como también las actividades de prevención y cuidados de la salud materna, tiene directa asociación con la supervivencia en el primer mes de vida. Las variables como el control prenatal, problemas identificados en el control prenatal, controles posparto y el acceso al Bono Juana Azurduy, en conjunto interactúan entre sí y promueven la salud materna y neonatal.

Los controles prenatales y la asistencia profesional es el eje inicial para la adecuada atención materna. Según datos del estudio, siete de cada 10 nacidos de madres fallecidas sobreviven, si al menos tienen 1 control prenatal.

Las madres fallecidas que realizaron controles posparto presentan una mayor proporción de sobrevivientes, que siguen vivos/as.

Se observa que las madres que recibieron el Bono Juana Azurduy tienen una relativa mayor proporción de sobrevivientes. Esta situación, tal vez se puede explicar en parte, debido a que la información de las muertes maternas, corresponde al año 2011.

El entorno, el momento y lugar de la muerte materna

Se identifica una mayor supervivencia neonatal e infantil cuando el momento de la muerte materna fue en el postparto.

Las madres fallecidas en un establecimiento de salud presentan una menor proporción de “nació muerto o murió en el vientre”, y una mayor supervivencia neonatal e infantil “sigue vivo/a”, en comparación con las madres que fallecieron en domicilio, donde se observa mayor riesgo de supervivencia neonatal e infantil.

Visibilizar a los sobrevivientes neonatales de madres fallecidas

La mortalidad de la madre y su condición de huérfanos/as, se considera una faceta de la inequidad porque injustamente se priva a determinados niños/as de los derechos y las oportunidades básicas. Los neonatos sobrevivientes, tienen derecho a ser atendidos

y recibir atención adecuada a sus necesidades, considerando sus semanas de gestación, su peso al nacer y sus características individuales, orientados a proteger su desarrollo y centrados en la familia.

Es la responsabilidad del Estado, la coordinación interinstitucional, para focalizar identificar proteger a estos huérfanos/as. Mejorar los registros de una población altamente vulnerable, es necesario para el seguimiento y apoyo que debe recibir por parte del Estado.

A través de los resultados del estudio con información de muertes maternas, se corrobora la urgente necesidad de seguir promoviendo la salud materna, el control prenatal, el parto institucional, a través de la vigilancia epidemiológica y el seguimiento del recién nacido, como estrategia de reducción de la mortalidad materna y neonatal.

BIBLIOGRAFÍA

- Cajías Gómez, F., 2010 “Impacto de la muerte materna en la niñez”, XII Congreso Médico del Norte, México.
- Castro, María Dolores, 2015, “Observatorio de Mortalidad Materna y Neonatal” OMMN, CIDES/UMSA. La Paz, Bolivia.
- De La Gálvez Murillo, Alberto, 2003, *Mortalidad materna en Bolivia 2000. Resultados de la encuesta postcensal*. La Paz, Bolivia.
- Galán Rebollo, Mateos C., 2000, “Variables perinatales y desigualdades en salud en un área sanitaria de Cáceres”. Universidad de Extremadura. España.
- Martín Blázquez, R., 2016, “Importancia de los cuidados continuados de enfermería en el puerperio”, Universidad Autónoma de Madrid, Facultad de Medicina. España.
- Mejía H., 2008, *Factores de Riesgo para muerte Neonatal, Revisión Sistemática de la Literatura*. Sociedad Boliviana de Pediatría. La Paz, Bolivia.
- Ministerio de Justicia, Viceministerio de Igualdad de Oportunidades, 2009, *Plan Nacional para la Igualdad de Oportunidades “Mujeres Construyendo la Nueva Bolivia para Vivir Bien”*. La Paz, Bolivia.
- Ministerio de Salud, 2008, *Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Materna- Movilizados por el Derecho a la Salud y la Vida*. Serie: Documentos Técnico – Normativos, La Paz, Bolivia.
- Ministerio de Salud. Dirección General de Planificación. Sistema Nacional de Información en Salud y Vigilancia epidemiológica, 2016, *Estudio Nacional de Mortalidad Materna 2011 Bolivia: Resumen Ejecutivo*. La Paz, Bolivia.

Montaño Virreira, Sonia, 2016. *El derecho al cuidado y la mortalidad de mujeres y niños. Observatorio de Mortalidad Materna y Neonatal*. Colección Género e Infancia. CIDES-UMSA. La Paz, Bolivia.

NNUU, 2016, *Informe de los Objetivos de Desarrollo Sostenible*, Nueva York.

OPS/AIS, 2005, "Mortalidad Materna y Neonatal en ALC. Síntesis basada en los documentos en referencia y en presentaciones realizadas por la Directora de OPS y por el Centro CLAP/OPS". Santiago de Chile.

OMS, 2010, *Impacto de la mortalidad materna en la niñez - XIII CMN*. Congreso México del Norte.

OMS, 2010, *Mortalidad Materna y Neonatal en ALC y estrategias de reducción Síntesis de situación y enfoque estratégico*. Santiago de Chile.

Pinedo A. Távara L. y otros, 1995, "Factores de riesgo asociados a la mortalidad materna". *Revista de Ginecología y Obstetricia* - Vol. 41 N° 3 Septiembre, Perú.

UNICEF, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2015, *Progreso para la infancia: más allá de los promedios - Lecciones de los ODM*, No. 11, Nueva York.

WHO, 2011, *Estimates: Saving newborn lives. State of world's newborns*. Washington D.C..

Páginas web visitadas

<https://www.amnesty.org/download/Documents/44000/act350052009spa.pdf>

www.unfpa.org.mx

World Health Organization, Defunción Materna.

www.who.int/reproductivehealth/maternal_definition_ES.docx

www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/maternal/maternal_perinatal/es/,2015

<http://www.who.int/features/qa/12/es/> ¿Por qué siguen muriendo tantas mujeres durante el embarazo y el parto?

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs178/es/>, Reducción de la mortalidad en la niñez, OMS, 2016

OMS, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/es/>, Nacimientos prematuros, Noviembre de 2016

Salud materna y neonatal - UNICEF

[https://www.unicef.org/lac/SOWC_2009_LoRes_PDF_SP_USLetter_12292008\(10\).pdf](https://www.unicef.org/lac/SOWC_2009_LoRes_PDF_SP_USLetter_12292008(10).pdf)