

« INFORME FINAL »

ESTUDIO SOBRE DIMENSIÓN CUANTITATIVA Y
CONCEPCIONES Y CUIDADOS COMUNITARIOS DE LA
SALUD DEL RECIÉN NACIDO, EN UN ÁREA RURAL
ANDINA Y AMAZÓNICA DEL PERÚ



ESTUDIO DE CASOS DE MUERTE NEONATAL Y OFERTA DE SERVICIOS DE SALUD

CAPÍTULO I: COMPONENTE ESTADÍSTICO

unicef 
únete por la niñez

EQUIPO DE INVESTIGACIÓN

Alejandro Bardales Hoyos

Efraín Cáceres Chalco

Susana Guevara Salas

Raquel Hurtado La Rosa

Roberto López Amat y León

Guillermo Vallenás Mostajo

CONTENIDO

PRÓLOGO	
PRESENTACIÓN	
I. INTRODUCCIÓN	12
1.1. La supervivencia neonatal	15
1.1.1. Situación de la mortalidad neonatal en el mundo	16
1.1.2. Intervenciones para reducir la mortalidad neonatal	25
1.2. El problema de la mortalidad neonatal en el Perú	30
II. OBJETIVOS DEL ESTUDIO	35
III. METODOLOGÍA DEL ESTUDIO	37
3.1. Ámbito del estudio	37
3.2. Desarrollo de los temas de estudio	39
IV. MAGNITUD DE LA MORTALIDAD NEONATAL	42
4.1. Consideraciones metodológicas	45
4.1.1. Definiciones	46
4.1.2. Esquema metodológico	50
4.1.3. Notas metodológicas	51
4.1.4. Fuentes de datos	53
4.2. Estimación de la mortalidad infantil	54
4.2.1. Paridez media por mujer y proporción de hijos fallecidos	55
4.2.2. Cálculo de los multiplicadores	55
4.2.3. Cálculo de las probabilidades de morir y de sobrevivir	56
4.2.4. Cálculo del periodo de referencia	57
4.2.5. Consistencia de los resultados	57
4.2.6. Ajuste de las probabilidades y estimación de la tendencia de la mortalidad infantil	58
4.3. Estimación de la fecundidad	60
4.4. Estimación de la mortalidad neonatal	62
4.5. Estimación de las tasas de subregistro de mortalidad neonatal	65
4.6. Factores asociados al subregistro de mortalidad neonatal	68
4.6.1. Provincia de Grau - Apurímac	69
4.6.2. Provincia de Condorcanqui - Amazonas	71
V. PERCEPCIONES Y VALORACIÓN DE LA MUERTE NEONATAL	74
5.1. Provincia de Grau - Apurímac	77
Caso 1: Neonato nacido y fallecido en establecimiento de salud	77
Caso 2: Neonato nacido en establecimiento de salud y fallecido en comunidad	82
Caso 3: Neonato nacido en comunidad y fallecido en establecimiento de salud	85
Caso 4: Neonato nacido y fallecido en comunidad	89
5.2. Provincia de Condorcanqui - Amazonas	93
Caso 1: Neonato nacido y fallecido en establecimiento de salud	93
Caso 2: Neonato nacido en establecimiento de salud y fallecido en comunidad	103
Caso 3: Neonato nacido en comunidad y fallecido en establecimiento de salud	109
Caso 4: Neonato nacido y fallecido en comunidad	115
5.3. Interpretación de resultados	122
5.3.1. Factores sociales y culturales	123
Demora en la toma de decisiones y búsqueda de ayuda	123
Demora en llegar al establecimiento de salud	128
Demora en recibir el tratamiento adecuado en el establecimiento de salud	129
5.3.2. Valoración de las muertes de los recién nacidos	131
VI. CAPACIDAD RESOLUTIVA DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD	134
6.1. Provincia de Grau - Apurímac	138
6.1.1. Consideraciones sobre los EE.SS. evaluados	138
6.1.2. Aplicación del instrumento FON	140
6.1.3. Los recursos humanos	144
6.1.4. Los recursos faltantes	144
6.1.5. Indicadores asociados a la disminución de la mortalidad neonatal	146
6.2. Provincia de Condorcanqui - Amazonas	148
6.2.1. Consideraciones sobre los EE.SS. evaluados	149
6.2.2. Aplicación del instrumento FON	151
6.2.3. Los recursos humanos	153
6.2.4. Los recursos faltantes	154
6.2.5. Indicadores asociados a la disminución de la mortalidad neonatal	155
VII. CONCLUSIONES	159
Magnitud de la mortalidad neonatal	159
Percepciones y valoración de la muerte neonatal	160
Capacidad resolutiva de establecimientos de salud	160
VIII. PROPUESTA DE POLÍTICAS Y ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN FRENTE A LA MORTALIDAD NEONATAL	163
8.1. A nivel político y administrativo	163
8.2. A nivel de los establecimientos de salud	164
8.3. A nivel de la familia y comunidad	166

Prólogo

El Perú, ha tenido importantes logros en materia de salud pública, particularmente en relación a la salud de madres, niñas y niños, lo que permite al país aproximarse al cumplimiento de las metas del Milenio relativas a la reducción de la mortalidad infantil y materna.

El año 1992 la tasa de mortalidad infantil que registro el Perú fue de 57 defunciones por cada mil n.v.. La Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2009, recientemente publicada registra una mortalidad infantil de 20 defunciones por cada mil n.v. La reducción en el mencionado periodo ha sido de 65%, la mayor reducción entre los países de la Región de las Américas.

Sin embargo, la mortalidad neonatal, ha tenido una velocidad de reducción bastante menor, representando en la actualidad más de la mitad de las causas de muerte en el primer año de vida. El primer mes de la vida se constituye el periodo de mayor riesgo para la sobrevivencia infantil. Por otro lado, las malas condiciones de la gestación y el nacimiento producen una alta morbilidad en esta etapa de la vida, con su secuela de daños como la hipoxia cerebral, que marcan el futuro del niño para toda su vida.

La salud neonatal se constituye en la actualidad como uno de los principales problemas de salud pública en el Mundo. Esto es consecuencia de la escasa prioridad asignada al tema dentro de las políticas de salud y al haberse limitado las intervenciones a los establecimientos de salud y particularmente al desarrollo de intervenciones complejas circunscritas a las salas de neonatología.

Durante la última década diversas instituciones, que han incluido a organismos técnicos, agencias de cooperación internacional y asociaciones académicas, han realizado diversos llamados para que los países prioricen políticas, intervenciones

y mayor inversión en la salud del recién nacido. UNICEF a nivel de la Región, ha priorizado en sus Programas de Cooperación intervenciones para mejorar la salud neonatal.

Esta prioridad tiene como fundamento el desarrollo de nuevos enfoques estratégicos en las intervenciones. La evidencia científica ha demostrado que se pueden desarrollar intervenciones, preventivas, aplicables en el nivel comunitario y en los servicios primarios de salud y de bajo costo, que aplicadas en el marco del continuo de la atención materno infantil, pueden contribuir a la reducción significativa de la mortalidad y a mejorar la salud del recién nacido.

El presente estudio, forma parte del esfuerzo por conocer los factores sociales, geográficos y culturales que condicionan la salud del recién nacido, en particular en áreas rurales del país con altos niveles de mortalidad neonatal, particularmente en la provincia de Condorcanqui, Región Amazonas, habitada por comunidades indígenas amazónicas y en la provincia de Grau, Región Apurímac, habita casi en su totalidad por comunidades quechuhablantes.

El estudio consta de dos capítulos. Uno primero, objeto de la presente publicación, que estima los reales niveles de mortalidad neonatal y el subregistro de estas muertes en las provincias antes mencionadas. Por otro lado, a través de estudios de caso identifica los diversos factores que contribuyen a la muerte de los recién nacidos. Un segundo capítulo, que forma parte de otra publicación, identifica los conocimientos, percepciones y prácticas comunitarias en el cuidado, atención de la gestación y del recién nacido en estas comunidades. Esperamos que sea de utilidad para promover y adecuar las intervenciones para mejorar la salud del recién nacido, a las necesidades de las comunidades rurales.

Presentación

El año 2008, EVALUA SRL, a través de un equipo de profesionales integrado por médicos salubristas y antropólogos, estuvo presente en la provincia de Grau del departamento de Apurímac y en la provincia de Condorcanqui del departamento de Amazonas, con el objetivo de estudiar la mortalidad neonatal.

Este documento contiene los resultados de la investigación cuantitativa y cualitativa realizada en esos territorios, donde la situación de *pobreza* y *extrema pobreza* en que viven sus habitantes, condiciona y determina su estado de salud, caracterizado por altas tasas de morbimortalidad.

En el primer capítulo se establece un marco de referencia conceptual sobre la mortalidad neonatal en el mundo, en base a los últimos conocimientos sobre el tema, publicados en la Revista *The Lancet* de Marzo del 2005; además, se presenta el problema de la mortalidad neonatal en el Perú, sustentado en trabajos realizados por instituciones peruanas como la Oficina General de Epidemiología y el Instituto Nacional de Estadística.

El segundo y tercer capítulo contienen, respectivamente, los objetivos y metodología del estudio.

En el cuarto capítulo se presentan las tasas de mortalidad neonatal estimadas para Apurímac y Amazonas, así como para sus provincias, incluyendo las de Grau y Condorcanqui. Estas estimaciones han sido obtenidas a través del método de

aplicación de proporciones, tomando como fuente el Registro Nacional de Defunciones; asimismo, se muestran las tasas de subregistro de mortalidad neonatal estimadas para ambas provincias y las dificultades observadas para registrar adecuadamente los casos de muerte.

El quinto capítulo reseña las percepciones y valoraciones de la muerte neonatal, a través del estudio de casos con el método de autopsias verbales, incluyendo diversos escenarios: niños que nacieron y murieron en establecimientos de salud, niños que nacieron en establecimientos de salud y murieron en la comunidad, niños que nacieron en la comunidad y murieron en un establecimiento de salud, y aquellos que nacieron y murieron en la comunidad.

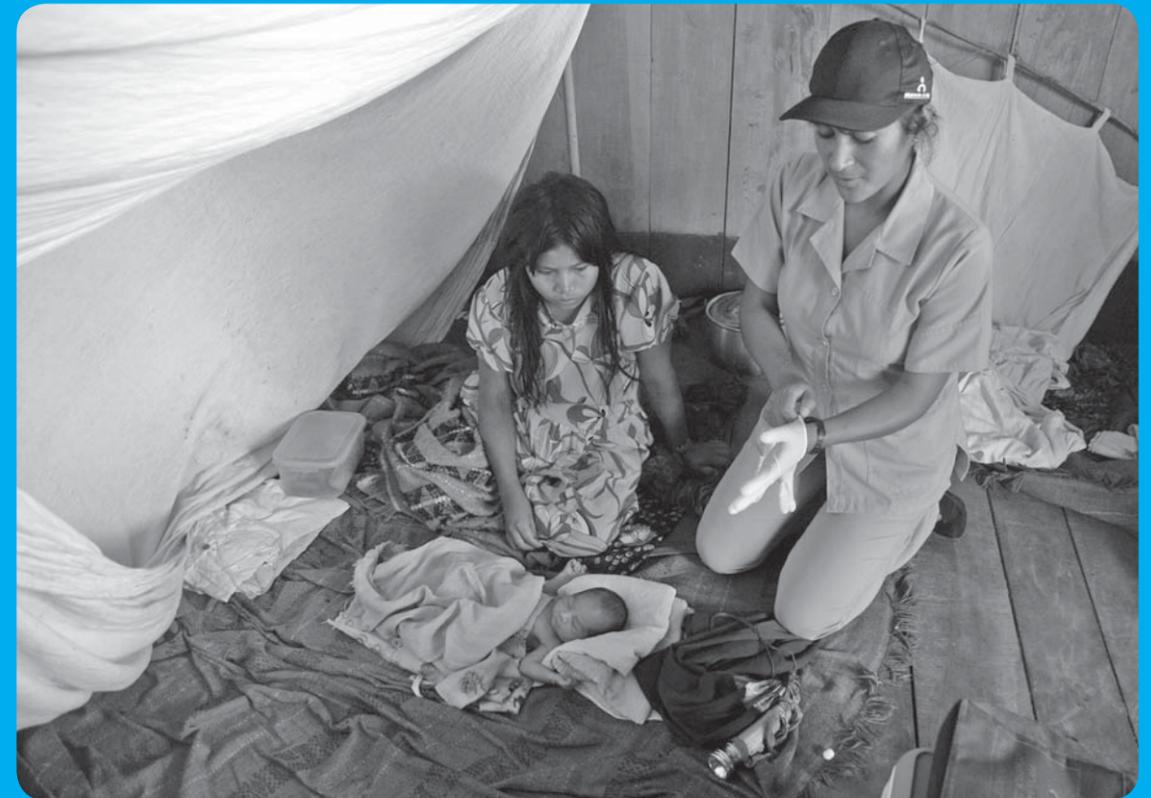
Y, en el sexto capítulo se hace un análisis de la capacidad resolutoria de los establecimientos de salud que se encuentran en la ruta de las autopsias verbales; y de algunos indicadores asociados a la atención básica de salud.

Por último, en el séptimo capítulo se resumen las conclusiones del estudio, y en el octavo se presentan las políticas propuestas para enfrentar el problema de la mortalidad neonatal en las áreas intervenidas.

Cabe agradecer a funcionarios de las Direcciones de Salud, a trabajadores de los establecimientos, a personal local de UNICEF y a los pobladores de Grau y Condorcanqui por el apoyo brindado a esta investigación.

I

Introducción



I. INTRODUCCIÓN

1.1. La supervivencia neonatal¹

En marzo del 2005, *The Lancet* publicó una serie de artículos dedicados a la salud y supervivencia neonatal, llamando la atención sobre la inadmisibles muerte de millones de recién nacidos a pesar de que existen intervenciones efectivas y de bajo costo, científicamente demostradas.

Se afirma que las iniciativas para proteger a los neonatos y la inversión correspondiente han sido muy escasas, respecto a la cantidad de muertes neonatales en el mundo; se sostiene que sólo disminuyendo la muerte en las primeras 4 semanas de vida, se podrá reducir sustancialmente la mortalidad en menores de 5 años y así lograr el cuarto objetivo de desarrollo del milenio sobre supervivencia infantil². Sin embargo, hasta hace muy poco la salud de los recién nacidos estaba casi ausente en las políticas, programas e investigación de los países en desarrollo.

Es necesario aplicar un enfoque de *atención continuada*, es decir, seguir la secuencia: embarazo, parto, periodo postnatal inmediato y niñez, debiendo tener especial cuidado en el parto y el período neonatal temprano, cuando mujeres y niños tienen más probabilidades de morir. El compromiso político, el aumento de los recursos humanos y financieros, y la participación de la comunidad son necesarios para transformar el conocimiento en acción.

Las intervenciones para reducir las muertes neonatales se realizan en el programa de salud materna que incluye embarazo, parto y la atención neonatal temprana, y en los programas de salud infantil que abarcan desde la infancia hasta la niñez.

El abordaje de la mortalidad neonatal requiere de la continuidad entre estos elementos, algo que no existe en la mayoría de entornos; además, se da poca importancia a la atención del recién nacido en ambos programas. La mayor brecha en la atención se encuentra en la crítica primera semana de vida cuando ocurren la mayoría de muertes neonatales y maternas, casi siempre en el hogar y sin contacto con el sistema de salud.

¹ Esta sección está basada en *The Lancet*. Supervivencia Neonatal, Marzo, 2005. Serie OPS/FCH/CA/05.7.E.

² El cuarto Objetivo de Desarrollo del Milenio (ODM-4) sobre supervivencia infantil estipula una reducción de dos tercios en las muertes de menores de 5 años, de 95 por 1,000 en 1990 a 31 por 1,000 en 2015.

Para lograr la reducción de la mortalidad neonatal (y materna) es esencial que los sistemas de salud presten atención a la díada madre hijo en el embarazo, parto y período neonatal temprano; pero además de fortalecer los sistemas de salud se requiere promover la demanda de atención.

Las nuevas intervenciones basadas en evidencia científica y las ya existentes sobre el impacto en la salud aún no se han vinculado con los datos de costos y viabilidad, ni con los modelos programáticos para su implementación en los sistemas de salud³. El análisis de la información epidemiológica sobre muerte neonatal debería aumentar la visibilidad del recién nacido en la planificación y en los programas.

1.1.1. Situación de la mortalidad neonatal en el mundo

Magnitud de la muerte neonatal

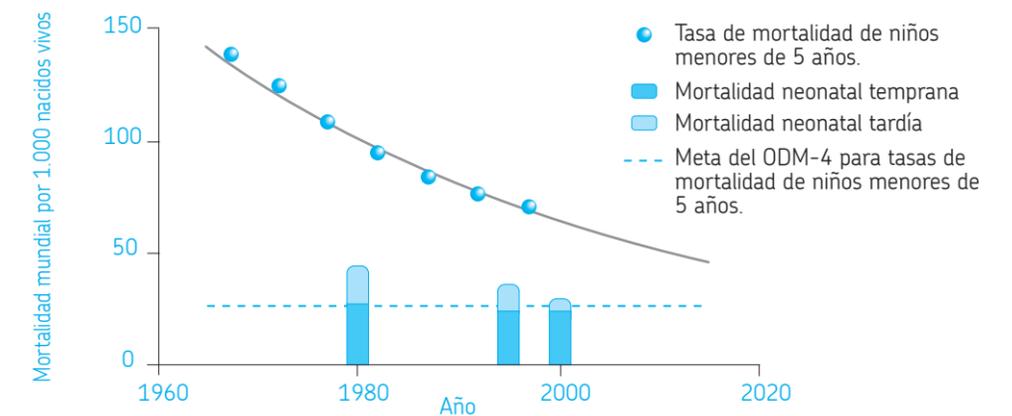
Se estima que de los 130 millones de niños nacidos cada año en el mundo, cerca de 4 millones mueren en las primeras 4 semanas de vida (período neonatal) y cerca de las tres cuartas partes de estas muertes ocurren en la primera semana después del nacimiento; otros 4 millones nacen muertos (fallecen en el útero en los últimos 3 meses del embarazo). En la Región de Las Américas, ocurren anualmente casi 200 mil muertes de recién nacidos por causas prevenibles⁴.

Estas cifras permiten predecir que es probable que no se alcance el ODM-4, es decir, reducir en dos terceras partes la mortalidad en niños menores de 5 años; su logro dependerá de reducciones de mortalidad mayores que las conseguidas hasta ahora (Gráfico N° 1).

3 Existe la percepción de que disminuir las muertes neonatales es un asunto muy complejo y que exige tecnología avanzada; pero, en el norte de Europa no fue la terapia intensiva neonatal lo que redujo la mortalidad si no la atención prenatal, el mejoramiento de la atención del parto y los antibióticos.

4 Casi 11 millones de niños mueren en el mundo antes de cumplir 5 años; de éstos el 38% muere durante el primer mes de vida.

Gráfico N° 1
Tendencias en la mortalidad: < de 5 años y primeros 28 días de vida
1965-2015



Fuente: *The Lancet*. Supervivencia Neonatal, Marzo, 2005. Serie OPS/FCH/CA/05.7.E.

Entre las dificultades que deben superarse se encuentra el SIDA y el aumento de la pobreza, especialmente en África, además de la falta de inversiones. Otra dificultad es la lenta reducción de la mortalidad neonatal.

Los programas de supervivencia infantil en el mundo en desarrollo han tendido a concentrarse en la neumonía, diarrea, malaria y enfermedades prevenibles por vacunación, que son causas importantes de muerte después del primer mes de vida. Entre 1980 y 2000, la mortalidad infantil después del primer mes de vida bajó en una tercera parte, mientras que las tasas de mortalidad neonatal disminuyeron 25%; las defunciones en la primera semana de vida son las que más han aumentado: de 23% en 1980 a 28% en el 2000. Por lo tanto, si se quieren hacer progresos será esencial reducir las muertes en la primera semana de vida.

Durante el decenio pasado, algunas regiones del mundo hicieron grandes avances hacia la reducción de la mortalidad neonatal. No se observó una disminución cuantificable en África Subsahariana; pero en las Américas se logró reducir en 40% las tasas de mortalidad neonatal.

En el Pacífico Occidental, la mayor reducción se observó en el Japón, Corea del Sur y Malasia, donde las tasas de mortalidad neonatal son bajas (<5 por 1,000 n.v.). El panorama en Asia es mixto. En muchos países del Sudeste Asiático ha disminuido, en algunos casos, como en Indonesia, la reducción ha sido considerable (cerca del 50%).

En la región central meridional de Asia, excepto en Bangladesh y Sri Lanka (que lograron reducciones cercanas al 40%), se han registrado avances más modestos. En India, por ejemplo, donde ocurren más de 25% de las muertes neonatales del mundo, se ha observado una reducción de sólo 11% (Tabla N° 1).

Tabla N° 1
Variaciones regionales en la Tasa de Mortalidad Neonatal
1996-2005

	Tasa de mortalidad neonatal por 1000 nacidos Vivos (intervalo entre países)	TMN (%) de muertes neonatales (1000)	Porcentaje de muertes de menores de 5 años en el período neonatal	Cambio en porcentaje en TMN entre estimaciones de 1996 y 2005*
Grupos de ingreso				
Países de ingresos más altos †	4 (1-11)	42 (1%)	63%	-29%
Países de ingresos bajo y medio	33 (2-70)	3956 (99%)	38%	-8%
Regiones de la OMS				
África	44 (9-70)	1128 (28%)	24%	5%
Américas	12 (4-34)	195 (5%)	48%	-40%
Mediterráneo Oriental	40 (4-63)	603 (15%)	40%	-9%
Europa	11 (2-38)	116 (3%)	49%	-18%
Sudeste Asiático	38 (11-43)	1143 (36%)	50%	-21%
Pacífico Occidental	19 (1-40)	512 (13%)	56%	-39%
General	30 (1-70)	3998 (100%)	38%	-16%

*Los insumos estadísticos abarcan por lo menos un período de 5 años antes de cada conjunto de estimaciones. Puede suponerse que el período de cambio llega hasta 15 años. †39 países con datos de TMN de 54 países con ingreso nacional bruto por cápita de US\$9.386.

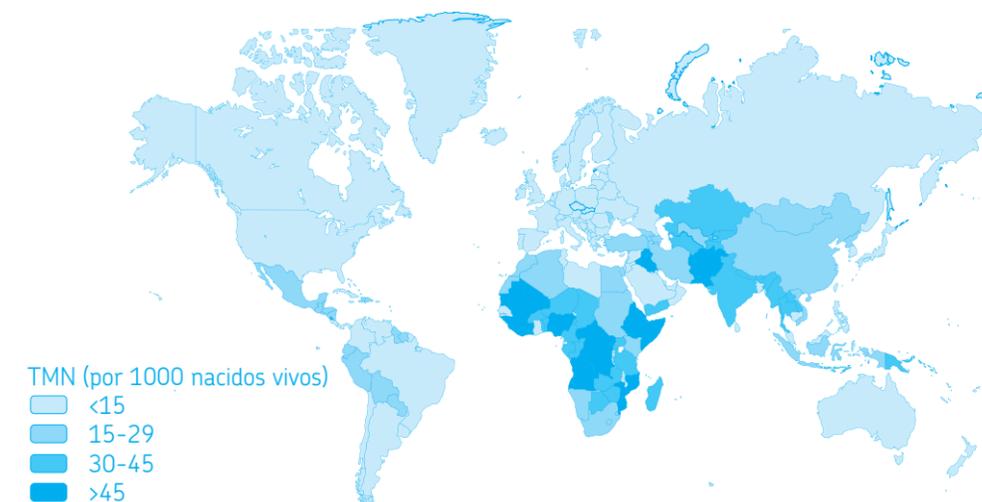
Fuente: *The Lancet*. Supervivencia Neonatal, Marzo, 2005. Serie OPS/FCH/CA/05.7.E.

Lugar de la muerte neonatal

La mayoría de las defunciones neonatales (99%) ocurren en los países de ingresos medios y bajos donde la TMN promedio es de 33 por 1,000 (cerca de la mitad sucede en el domicilio familiar); apenas el 1% ocurrió en 39 países de ingresos altos, donde la TMN promedio es de 4 por 1,000.

Cerca de dos terceras partes de las muertes neonatales ocurren en África y el Sudeste Asiático. Los países con las cifras más elevadas de muertes se encuentran en el sur de Asia, debido a que la región está densamente poblada; solamente en India se presenta la cuarta parte de las defunciones. En 10 países ocurren dos terceras partes de las muertes neonatales. Sin embargo, los países con las tasas más altas de mortalidad neonatal se encuentran en su mayoría en el África Subsahariana (14 de los 18 países con tasas de mortalidad neonatal > de 45 por 1,000) (Gráfico N° 2).

Gráfico N° 2
Variación de Tasas de Mortalidad Neonatal entre países

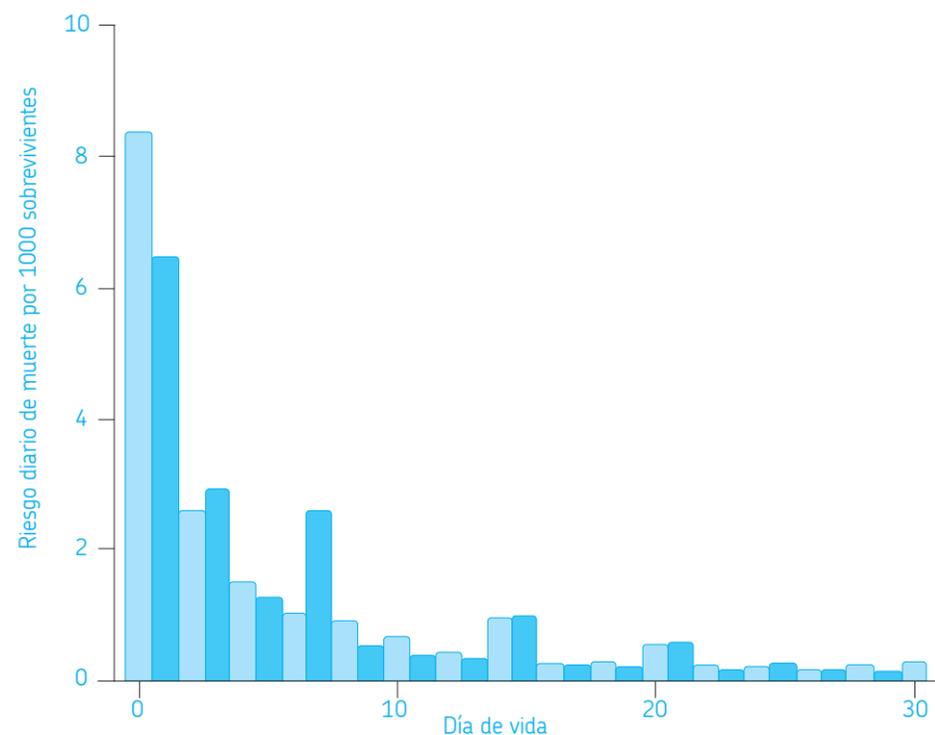


Fuente: *The Lancet*. Supervivencia Neonatal, Marzo, 2005. Serie OPS/FCH/CA/05.7.E.

Momento de la muerte neonatal

En el período neonatal de apenas 28 días, ocurre el 38% de las muertes en menores de 5 años; el 62% restante surge en un período de 1,800 días. Así, la tasa promedio de mortalidad diaria en el período neonatal es casi 30 veces mayor que en el postneonatal. Aun en el período neonatal hay una variación en el riesgo diario de muerte. La mortalidad es muy alta en las primeras 24 horas (de 25 a 45% de todas las muertes neonatales); cerca de tres cuartas partes ocurren en la primera semana (Gráfico N° 3).

Gráfico N° 3
Riesgo diario de muerte en el periodo neonatal
1995-2003

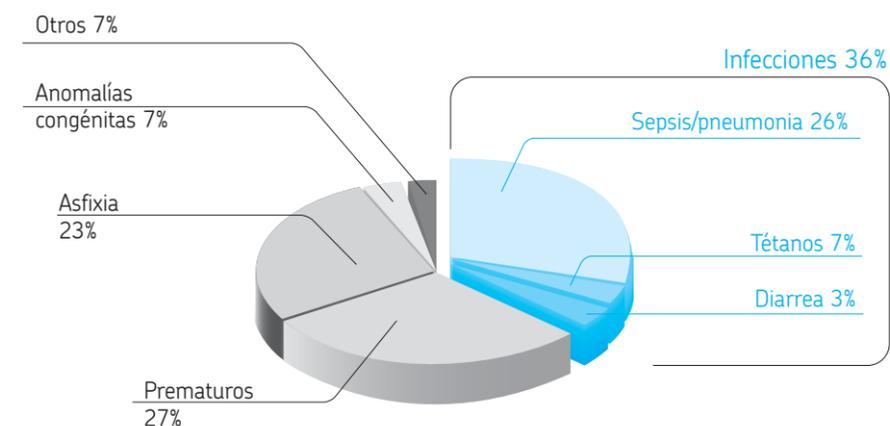


Fuente: *The Lancet*. Supervivencia Neonatal, Marzo, 2005. Serie OPS/FCH/CA/05.7.E.

Causas de muerte neonatal

Las causas directas de muerte neonatal indican que el nacimiento prematuro (27%), las infecciones graves (36%, entre ellas sepsis/neumonía [26%], tétano [7%] y diarrea [3%]), así como las complicaciones de la asfixia (23%) ocasionan la mayor parte de las muertes neonatales. Además, el 7% se relaciona a anomalías congénitas y el 7% restante a otras causas (Gráfico N° 4).

Gráfico N° 4
Distribución estimada de causas de muerte neonatal⁵
2000



Fuente: *The Lancet*. Supervivencia Neonatal, Marzo, 2005. Serie OPS/FCH/CA/05.7.E.

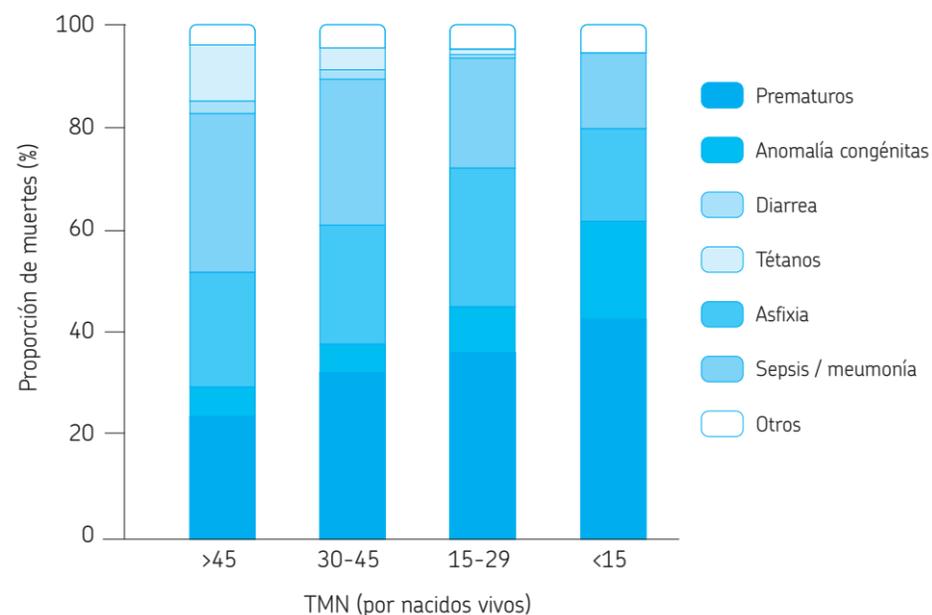
La distribución de las causas de muerte neonatal varía según el país y guarda relación con el grado de mortalidad neonatal. En lugares con mortalidad muy alta (TMN > 45), casi el 50% de las muertes se debe a infección grave, tétano y diarrea; si las TMN son bajas (TMN <15), la sepsis/neumonía ocasiona menos del 20% de las defunciones, mientras que el tétano y la diarrea casi no existen.

El riesgo de muerte neonatal por infección grave en países de mortalidad alta es casi 11 veces superior al de los países de mortalidad baja; el riesgo de morir por asfixia es cerca de 8 veces más alto en países con tasas muy altas de mortalidad neonatal; La proporción de muertes por prematuridad disminuye al aumentar la tasa de mortalidad neonatal, pero esta caída se debe al gran número de muertes por infección, aun así el riesgo de muerte por nacimiento prematuro sigue siendo 3 veces más alto que en los países de mortalidad baja.

En el Gráfico N° 5, se muestra la variación porcentual en la distribución de causas de muerte neonatal según la magnitud de la TMN.

5 Menos de 3% de las defunciones neonatales ocurre en países con datos de registro civil confiables que permitan efectuar análisis de causas de muerte. La información basada en la población en los entornos de mortalidad alta depende en gran medida de los métodos de autopsia verbal. Las estimaciones mundiales solamente son posibles por medio de modelos estadísticos. Los porcentajes presentados están basados en el análisis de 47 conjuntos de datos de encuestas demográficas y de salud con 10,048 muertes neonatales.

Gráfico N° 5
Distribución estimada de causas de muerte neonatal⁶
 2000



Fuente: *The Lancet*. Supervivencia Neonatal, Marzo, 2005. Serie OPS/FCH/CA/05.7.E.

Las siguientes son situaciones relacionadas a la mortalidad neonatal:

Bajo peso al nacer

Constituye una causa indirecta de muerte. Se calcula que cada año 18 millones de niños nacen bajos de peso, si bien constituyen sólo cerca del 14% de los que nacen, entre ellos se produce del 60 al 80% de las muertes neonatales.

El bajo peso al nacer es producto de una gestación corta (nacimiento prematuro), de escaso crecimiento intrauterino, o de ambas causas.

Los intentos por reducir la proporción de niños nacidos con bajo peso en la población general no han tenido mucho éxito. Sin embargo, es posible evitar la mayoría de las muertes en

niños moderadamente prematuros y en los nacidos a término, pero cuyo crecimiento en el útero fue restringido, si se presta mayor atención al calor, la alimentación y la prevención o el tratamiento temprano de infecciones. No hace falta tecnología complicada.

Salud de la madre y complicaciones del parto

La salud materna y la atención de salud son factores determinantes de importancia para la supervivencia neonatal.

Los resultados neonatales se ven afectados por la salud de la madre a todo lo largo de su ciclo de vida, desde la niñez, pasando por la adolescencia hasta llegar al el embarazo.

Las complicaciones durante el parto son un factor determinante clave para la salud y la supervivencia fetal y neonatal. En general, los factores de riesgo durante el parto se asocian con mayores aumentos en el riesgo de muerte neonatal, en comparación con los que se identifican durante el embarazo. El trabajo de parto difícil y la posición defectuosa del feto representan el mayor riesgo y exigen atención especializada. La muerte de una madre aumenta considerablemente el riesgo de muerte del recién nacido.

⁶ Menos de 3% de las defunciones neonatales ocurre en países con datos de registro civil confiables que permitan efectuar análisis de causas de muerte. La información basada en la población en los entornos de mortalidad alta depende en gran medida de los métodos de autopsia verbal. Las estimaciones mundiales solamente son posibles por medio de modelos estadísticos. Los porcentajes presentados están basados en el análisis de 47 conjuntos de datos de encuestas demográficas y de salud con 10,048 muertes neonatales.

Tabla N° 2
Razones de posibilidades ajustadas para factores de riesgo de muerte neonatal

Factores de ciclo de vida	Razón de posibilidades ajustada*
Edad de la madre (años)	
< 18	1,1 - 2,3
> 35	1,3 - 2,0
Estatura de la madre	
Estatura < 150 cm	1,3 - 4,8
Peso antes del embarazo < 47 kg	1,1 - 2,4
Paridad	
Primigenita	1,3 - 2,2
Paridad > 6	1,6 - 3,5
Malos antecedentes obstétricos (muerte perinatal anterior o parto instrumental)	1,6 - 3,5
Factores antenatales	
Varios embarazos	2,6 - 6,8
Trastornos relacionados con hipertensión	
Preeclampsia	1,7 - 3,7
Eclampsia	2,9 - 13,7
Sangrado vaginal después del 8° mes	3,4 - 5,7
Icteria de la madre	2,0 - 7,9
Anemia de la madre (PVC < 0.21)	1,9 - 4,2
Anemia de la madre (PCV < 33%)	NS en 4 estudios
Malaria de la madre (prueba de sangre positiva)	2,2 - 3,5†
Sífilis (muerte perinatal)	1,7 - 5,8
VIH (muerte del recién nacido)	7,2
Factores relacionados con el parto	
Mala presentación fetal	
Parto de nalgas	6,4 - 14,7
Otro	8,3 - 33,5
Parto obstruido / distocia	6,7 - 84,9
Segunda fase del parto prolongado	2,6 - 4,8
Fiebre de la madre durante el parto > 38°C	9,7 - 10,2
Rotura de membranas > 24h	1,8 - 6,7
Líquido teñido de meconio	11,5

PVC = hematocrito; NS = no significativo. *Las razones de posibilidades que se incluyen provienen de estudios de población, ajustadas para las principales variables de confusión (paridad y situación socioeconómica) y asociadas significativamente con mortinatos durante el parto, muerte neonatal o muerte perinatal, a menos que figuren como NS en más de un estudio. †Riesgo de bajo peso al nacer, no de mortalidad.

Fuente: *The Lancet*. Supervivencia Neonatal, Marzo, 2005. Serie OPS/FCH/CA/05.7.E.

Mortalidad neonatal según el sexo

Las niñas tienen una ventaja biológica de supervivencia en el período neonatal. El análisis de los datos de las encuestas demográficas y de salud no ofrece pruebas de una reducción en la ventaja de supervivencia de las niñas en el ámbito nacional. Se ha notificado el infanticidio femenino en la China rural y en el sur de Asia, pero se desconoce la verdadera incidencia de esta costumbre.

Pobreza y mortalidad neonatal

La pobreza es una causa subyacente de muchas muertes neonatales, debido ya sea al aumento de los factores de riesgo, como a las infecciones de la madre, o porque reduce el acceso a la atención médica adecuada.

Las estadísticas revelan de manera constante tasas de mortalidad neonatal más altas para quienes pertenecen al 20% de las familias más pobres en comparación con los que se encuentran en los quintiles superiores. En general, la disparidad es más alta para las muertes postneonatales que para las neonatales. Abordar esa desigualdad debería ser una prioridad de todas las estrategias para mejorar la supervivencia de los recién nacidos.

Mortalidad neonatal y cobertura de atención de salud

La importancia relativa de las diferentes causas de defunción varía con la tasa de mortalidad neonatal. De igual manera varía la cobertura de atención de salud especializada y la proporción de nacimientos que ocurren en un establecimiento de salud. Las tasas de atención en el parto por personal calificado y de partos en establecimientos de salud son las más bajas en los países que tienen las TMN más altas. La TMN es siempre más alta y la cobertura de atención especializada es siempre más baja en las zonas rurales.

El modelo de las tres demoras —reconocimiento de la enfermedad, búsqueda y consecución de atención médica, y retraso en recibir esa atención una vez que se ha llegado al establecimiento de salud— ha ayudado a entender las muertes maternas. Se han documentado otros retrasos similares para lactantes recién nacidos con enfermedades graves y, debido a que muchas enfermedades neonatales progresan rápido, no cabe duda de que ellas tienen importancia en las muertes neonatales.

1.1.2. Intervenciones para reducir la mortalidad neonatal

En las estrategias de supervivencia infantil y de maternidad sin riesgo todavía está por abordarse debidamente la mortalidad neonatal. Una importante barrera ha sido la percepción errónea de que sólo puede reducirse con tecnología costosa de alto nivel y atención institucional.

Aquí se resumen los resultados de un análisis de las pruebas de eficacia y efectividad de una gama de intervenciones posibles para reducir la mortalidad perinatal y neonatal; además de un análisis de efectividad en función de costos de intervenciones individuales y de paquetes de intervenciones para su implementación.

Identificación de intervenciones efectivas

En la Tabla N° 3 se muestra las intervenciones seleccionadas debido a su efecto en la mortalidad neonatal.

Tabla N° 3
Pruebas de eficacia de intervenciones

	Amplitud de la evidencia científica [†]	Reducción (%) de la mortalidad o morbilidad neonatal por todas las causas/principal factor de riesgo, si se especifica (rango del efecto)
Antes de la concepción		
Suplementación con ácido fólico	IV	Incidencia de defectos del tubo neural: 72% (42-87%)
Período prenatal		
Inmunización con toxoide tetánico	V	33-58% Incidencia de tétano neonatal: 88-100%
Examen y tratamiento de los casos de sífilis	IV	Dependiente de la prevalencia ¹³
Prevención de la preeclampsia y la eclampsia (suplementación con calcio)	IV	Incidencia de prematuridad: 34% (-1 a 57%) Incidencia del bajo peso al nacer: 31% (-1 a 53%)
Tratamiento presuntivo intermitente de la malaria	IV	32% (-1a 54%) TMP: 27% (1-47%) (nacimientos primero y segundo)
Detección y tratamiento de la bacteriuria asintomática	IV	Incidencia de prematuridad/bajo peso al nacer: 40% (20-55%)
Dentro del parto		
Antibióticos para la ruptura prematura de las membranas	IV	Incidencia de infecciones: 32% (13-47%)
Corticosteroides para el parto prematuro	V	40% (25-52%)
Detección y tratamiento de la presentación de nalgas (cesárea)	IV	Defunción perinatal/neonatal: 71% (14-90%)
Vigilancia del trabajo de parto (con partógrafo) para el diagnóstico precoz de complicaciones	IV	Defunciones neonatales tempranas: 40%
Prácticas de atención del parto en condiciones higiénicas	IV	58-78% Incidencia de tétanos
Período postnatal		
Reanimación del recién nacido	IV	6-42%
Lactancia materna	V	55-87%
Prevención y tratamiento de la hipotermia	IV	18-42% ¹³
Atención con el método madre canguro (lactantes con bajo peso al nacer en los establecimientos de atención de salud)	IV	Incidencia de infecciones: 51% (7-75%)
Tratamiento de los casos de neumonía en la comunidad	V	27% (18-35%)

Fuente: *The Lancet*. Supervivencia Neonatal, Marzo, 2005.Serie OPS/FCH/CA/05.7.E.

Implementación de intervenciones efectivas

La Tabla N° 4 resumen las modalidades de prestación de servicios para las intervenciones de salud neonatal, en el contexto de los sistemas de salud.

Tabla N° 4

Modalidades de prestación de servicios para las intervenciones de salud neonatal

Atención clínica institucional^{28,29}

Es preciso disponer de servicios de atención clínica a cargo de personal especializado, 28 por lo general en establecimientos de salud y en forma permanente para tratar los trastornos clínicos agudos. La prestación de atención clínica personalizada exige que los proveedores tengan formación, equipos y supervisión adecuados, que respondan sin demora a las quejas recibidas de los pacientes, y que ejerzan discreción al emitir un diagnóstico y elegir un tratamiento. Entre los ejemplos cabe citar atención materna y neonatal inmediata especializada, atención obstétrica de urgencia y atención neonatal de urgencia.

Servicios de extensión

Estos servicios orientados hacia la población pueden uniformizarse para atender sus necesidades comunes—por ejemplo, la medida adecuada será la misma para un grupo específico que para la población en general—pues exigen menos destrezas y formación que los servicios de atención clínica. Las intervenciones pueden realizarse periódicamente, ya sea en establecimientos de salud o durante visitas de atención comunitaria. Entre los servicios de extensión figuran la atención prenatal ordinaria, programas de inmunización y administración de tratamiento presuntivo intermitente de la malaria.

Atención familiar y comunitaria

Los servicios prestados dentro de la familia y la comunidad apoyan el autocuidado, lo cual incluye adoptar mejores prácticas de atención y buscar los cuidados apropiados en casos de enfermedad. Habida cuenta de las barreras generalizadas que impiden la búsqueda de atención para la enfermedad neonatal, un aspecto importante de la atención familiar y comunitaria es que logra la movilización de los ciudadanos y la potenciación de individuos y las comunidades para que exijan servicios de calidad que respondan a sus necesidades. Estos servicios pueden estar a cargo de varios tipos de trabajadores y deben adaptarse al medio social y cultural de la comunidad. Entre los ejemplos de atención familiar y comunitaria cabe citar la comunicación para el cambio de comportamiento; la movilización de la comunidad y el compromiso de estimular la adopción de mejores prácticas de atención prenatal, durante el parto y postnatal; la búsqueda de atención para la enfermedad; y, en algunos lugares, el tratamiento de casos de enfermedades como la neumonía por parte de trabajadores de salud comunitarios.

Fuente: *The Lancet*. Supervivencia Neonatal, Marzo, 2005.Serie OPS/FCH/CA/05.7.E.

La Tabla N° 5 muestra los paquetes universales basados en evidencia científica y la Tabla N° 6, los elementos incluidos en los paquetes de intervenciones y su efecto en la mortalidad perinatal o neonatal.

Tabla N° 5
Paquetes de intervenciones basados en evidencia científica

	Intervenciones Universales	Circunstanciales	Complementarias
Periconceptual			Suplementación con ácido fólico
Prenatal/durante el parto/postnatal	<p>Paquete de intervenciones de atención a la familia (atención familiar y comunitaria)</p> <ul style="list-style-type: none"> Movilización y compromiso de la comunidad y comunicaciones domiciliarias para el cambio de comportamiento prenatal y postnatal para promover las prácticas de atención neonatal basada en evidencia científica (lactancia materna, termorregulación del recién nacido, cuidado aséptico del cordón umbilical), búsqueda de atención en casos de enfermedad y demanda de atención clínica de calidad. Promoción y práctica del parto en condiciones higiénicas y remisión de casos con complicaciones (de los partos atendidos en el hogar). 		
Prenatal	<p>Paquete de intervenciones en atención prenatal</p> <ul style="list-style-type: none"> Visitas de extensión: toma de la historia clínica y examen físico, con examen de la tensión arterial, seguimiento del peso y de la altura del fondo uterino; análisis de orina para detección de proteína; examen de anemia; inmunización con dos dosis de toxoide tetánico; examen de detección y tratamiento de sífilis, orientación sobre el plan de atención del parto; urgencias; lactancia materna; remisión en caso de complicaciones 	Tratamiento presuntivo intermitente de la malaria	Detección y tratamiento de la bacteriuria asintomática
Durante el parto	<p>Paquete de intervenciones en atención materna y atención neonatal inmediata especializada</p> <ul style="list-style-type: none"> Comadronas especializadas en el momento del parto; vigilancia del trabajo de parto; estímulo a la presencia de un acompañante que preste apoyo, asistencia durante el parto (vacuo-extracción); detección temprana, tratamiento clínico y remisión de los casos con complicaciones maternas o fetales (atención obstétrica de urgencia en el primer nivel); reanimación del recién nacido. <p>Paquete de intervenciones en atención obstétrica de urgencia.</p> <ul style="list-style-type: none"> Detección y tratamiento clínico de las complicaciones obstétricas (parto instrumental, cesárea y transfusión de sangre) 		<p>Antibióticos para la ruptura prematura de las membranas</p> <p>Corticosteroides para el parto prematuro</p>
Postnatal	<p>Atención comunitaria adicional de los lactantes con bajo peso al nacer (atención familiar y comunitaria)</p> <ul style="list-style-type: none"> Visitas domiciliarias adicionales; apoyo para lactancia materna; termorregulación del recién nacido y cuidado higiénico del cordón umbilical; pronto reconocimiento y búsqueda de atención en casos de enfermedad <p>Tratamiento de los casos de neumonía en la comunidad (atención dentro de la familia y la comunidad)</p> <ul style="list-style-type: none"> Diagnóstico y tratamiento de la neumonía basado en algoritmos, incluido el tratamiento con antibióticos de administración oral. <p>Paquete de intervenciones en atención neonatal de urgencia</p> <ul style="list-style-type: none"> Atención clínica institucional de los recién nacidos enfermos, particularmente de quienes presentan infecciones, prematuridad (es decir, lactantes con muy bajo peso al nacer) y asfixia durante el parto. 		

Fuente: *The Lancet*. Supervivencia Neonatal, Marzo, 2005. Serie OPS/FCH/CA/05.7.E.

Tabla N° 6
Efecto de los paquetes de por causa específica

	Naturaleza de la intervención (principales elementos de los paquetes de intervenciones)	Reducción: mortalidad neonatal por todas las causas (o empleo de otros indicadores si no se dispone de datos sobre la tasa de mortalidad neonatal)
Prenatal/durante el parto/postnatal	Atención familiar: parto atendido en el hogar en condiciones higiénicas, cuidado higiénico del cordón umbilical, 10-50% termorregulación del recién nacido, promoción de la lactancia materna	
Artes de la concepción	Suplementación con ácido fólico	Incidencia de defectos del tubo neural: 40-85%
Prenatal	Atención prenatal: examen físico, administración de toxoide tetánico, detección y tratamiento de los casos de sífilis y preeclampsia	10-20%
	Malaria (tratamiento presuntivo intermitente)	10-30%
	Detección y tratamiento de la bacteriuria asintomática	Incidencia de prematuridad o de insuficiencia de peso al nacer: 20-55%
Durante el parto	Atención materna y neonatal inmediata especializada	Atención obstétrica especializada: 20-30% reanimación: 5-20%
	Atención obstétrica de urgencia: tratamiento de las complicaciones—parto obstruido, hemorragia, hipertensión e infección	10-15%
	Antibióticos para la ruptura prematura de las membranas	Incidencia de infecciones: 15-45%
	Administración prenatal de corticosteroides para el parto prematuro	25-50%
Postnatal	Cuidado adicional para los lactantes con bajo peso al nacer: más calor, higiene y alimentación	20-40%
	Tratamiento de los casos de neumonía	10-35%
	Atención neonatal de urgencia: tratamiento de la enfermedad grave (infecciones, asfixia, prematuridad, ictericia)	15-50%

véase el Cuadro virtual 2

Fuente: *The Lancet*. Supervivencia Neonatal, Marzo, 2005. Serie OPS/FCH/CA/05.7.E.

Se estima que si las intervenciones citadas en la Tabla N° 5 incluidos los elementos circunstanciales y complementarios, logran una cobertura de 99%, se podrían evitar de 41 a 72% de las defunciones neonatales.

Una reducción del 50% de la tasa de mortalidad neonatal daría como resultado una tasa mundial de mortalidad neonatal (de alrededor de 15 por 1,000) similar a la observada en

los países de ingresos elevados en la época inmediatamente anterior a la institucionalización generalizada de la atención neonatal intensiva. Por ende, es posible lograr tasas de mortalidad neonatal de alrededor de 15 por 1,000 con los paquetes de intervenciones básicas.

Aproximadamente el 70% de las muertes neonatales que ocurren cada año se producen debido a que las intervenciones que son eficaces pero sencillas no llegan a quienes más las necesitan. La cobertura es baja, el progreso en el aumento de las mismas es lento y la desigualdad es elevada, en especial en el caso de intervenciones clínicas especializadas.

Las situaciones varían entre un país y otro y dentro de un mismo país, y no existe una solución única para salvar la vida de los recién nacidos. Para aumentar la atención neonatal se requieren dos procesos interrelacionados: un proceso sistemático de toma de decisiones basado en datos, y un proceso participativo de políticas fundamentadas en derechos.

La Tabla N° 7 presenta los pasos a seguir para aumentar la salud neonatal.

Tabla N° 7
Pasos a seguir para aumentar la salud neonatal

- Paso 1. Evaluar la situación y crear un entorno de políticas conducente a la salud del recién nacido:
- Paso 2. Lograr una atención neonatal óptima dentro de las limitaciones de la situación:
 - a) Comenzar con servicios de extensión o atención familiar y comunitaria si el sistema de salud no es sólido.
 - b) Identificar y abordar el tema de las oportunidades perdidas en el sistema formal de atención de la salud.
 - c) Coordinar los programas relacionados con la salud neonatal.
- Paso 3. Aumentar sistemáticamente la atención neonatal:
 - a) Fortalecer la oferta
 - b) Mejorar la demanda
 - c) Superar los obstáculos a la oferta y la demanda
- Paso 4. Realizar seguimiento de la cobertura y medir el efecto y el costo

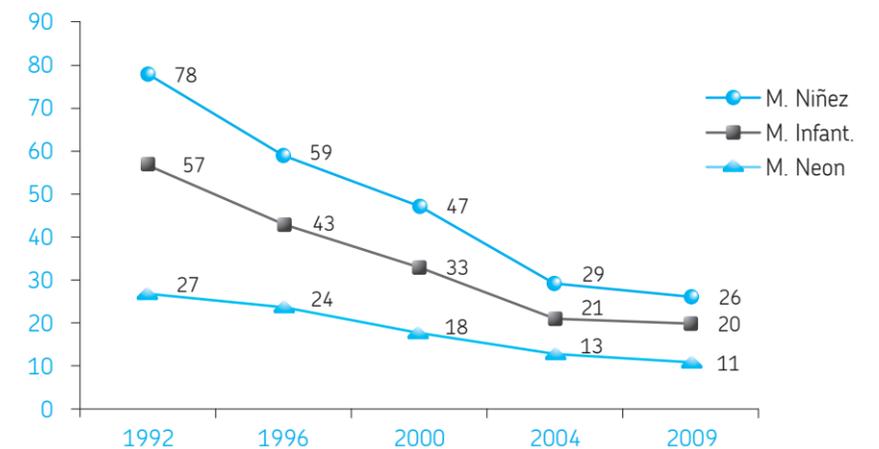
Fuente: *The Lancet*. Supervivencia Neonatal, Marzo, 2005. Serie OPS/FCH/CA/05.7.E.

1.2. El problema de la mortalidad neonatal en el Perú

La mortalidad neonatal en el Perú, como en otros países en desarrollo, sigue constituyendo un grave problema por las altas tasas que mantiene, a pesar de la importante disminución de la mortalidad infantil ocurrida en las últimas décadas, la que se explica fundamentalmente

por la reducción de la mortalidad postnatal⁷. Actualmente en el Perú, alrededor de la mitad de muertes en menores de 1 año corresponde a muertes neonatales (Gráfico N° 6).

Gráfico N° 6
Evolución de la Tasa de Mortalidad en la Niñez, Infantil y Neonatal.
Perú 1992 / 2009. INEI - ENDES



INEI Encuesta Demográfica y de salud familiar.

En el periodo que media entre 1992 y el 2009, en el Perú la mortalidad infantil se redujo en 65%, mientras que la mortalidad neonatal se redujo en un 59%. Esta disminución ha sido el resultado de la inversión en sistemas de agua y desagüe, de altas coberturas alcanzadas en inmunizaciones y del control efectivo de la diarrea y de las infecciones respiratorias agudas.

La reducción de la mortalidad neonatal en el Perú, se ha producido tanto en zonas urbanas, como rurales, y al igual que la reducción de la tasa de mortalidad materna, se explica por el notablemente incremento en el acceso a la atención de la maternidad (cuidado prenatal y parto) en los establecimientos de salud.

⁷ *Mortalidad neonatal*: desde el nacimiento hasta las primeras 4 semanas de vida. Puede subdividirse en período neonatal precoz (1era semana), y período neonatal tardío (2da a 4ta semana); *Mortalidad postnatal*: entre 28 días de nacidos hasta los 11 meses cumplidos. Incluye el período postneonatal temprano, entre 28 días hasta 5 meses de vida, y período postneonatal tardío, de los 6 hasta los 11 meses. OMS (2005b), pp. 170 y 188.

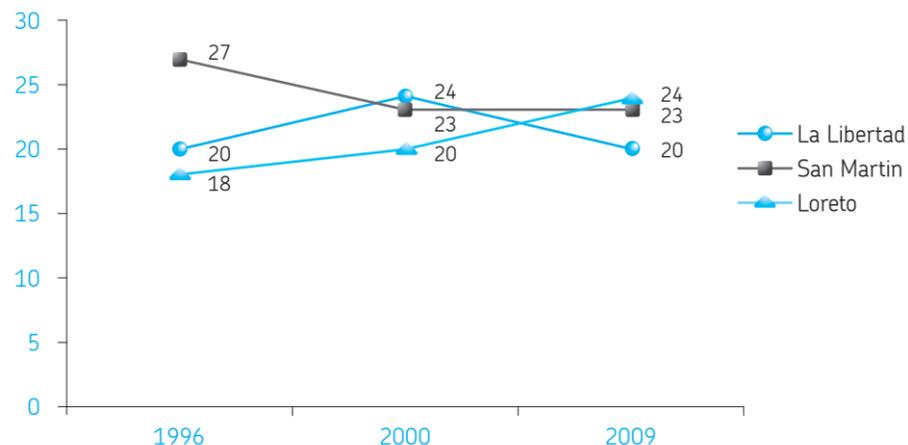
Gráfico N° 7
Evolución de la Tasa Mortalidad Neonatal. Nacional Urbano y Rural.
Perú 1992 / 2009. INEI / ENDES



La ENDES 2009, reporta una Tasa de Mortalidad Neonatal (TMN) nacional de 11 por cada mil nacimientos, con amplias diferencias entre departamentos y entre zonas urbanas y rurales. Los departamentos que concentran las tasas más altas son Loreto (24), Puno(24), San Martín (20), La Libertad (18), Cusco (17) y Huancavelica(16). Asimismo, se reporta una TMN urbana de 10 por mil n.v. y una TMN rural de 13 por mil n.v.

La reducción de la mortalidad neonatal en el Perú se ha dado de manera heterogénea. En las dos últimas décadas, algunas regiones han tenido importantes niveles de reducción, mientras que otras no han registrado reducciones significativas (gráfico 8).

Gráfico 8
Regiones con menor nivel de reducción de la Mortalidad Neonatal.
1996 - 2009



Se estima que anualmente se producen en el mundo alrededor de 4 millones de muertes neonatales, de las cuales 98% se registran en países en desarrollo⁸. En el Perú, se calcularon 6,600 muertes neonatales durante el 2007, frente a cerca de 500 muertes maternas registradas en el mismo año⁹.

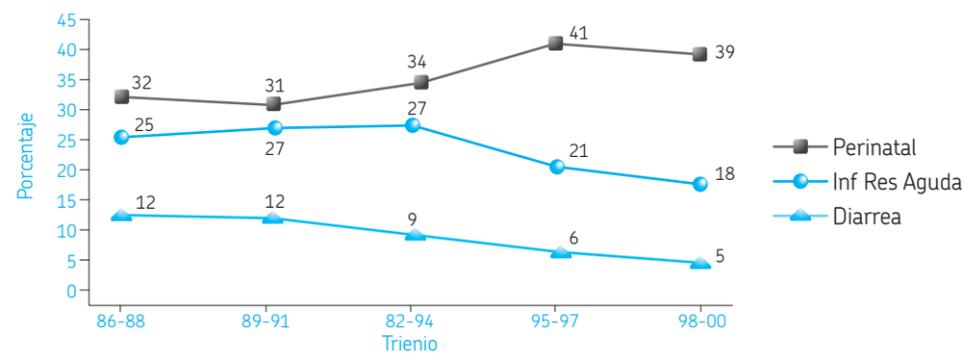
La mayoría de las muertes neonatales se asocian a problemas de la gestación, del parto y período post-parto. Así, se establece una relación entre niveles de mortalidad neonatal y mortalidad materna, la cual depende de la cobertura y calidad de la atención del parto y cuidados del RN. En general, en el país existe una mayor incidencia de mortalidad neonatal en las regiones donde existe un mayor nivel de mortalidad materna.

Cerca del 55% de las muertes infantiles ocurre durante los primeros 28 días de vida. De las muertes neonatales hospitalarias, aproximadamente el 60% se produce durante el primer día de vida¹⁰. Alrededor del 75% de estas muertes ocurren en niños que nacen con buen peso, las cuales podrían evitarse con medidas de prevención básicas y de atención oportuna del recién nacido¹¹.

En el Perú, durante el periodo 1986-2000, la tendencia de las 3 principales causas de muerte infantil muestran cambios: las causas perinatales se hacen más relevantes mientras que la muerte por diarrea e infección respiratoria aguda disminuyen. Así, la atención se desplaza a niños con infecciones respiratorias agudas, que continúan siendo la primera causa de muerte (neumonía); y al periodo neonatal debido a las complicaciones de la inadecuada atención del recién nacido, que explica la mayoría de las muertes en menores de 1 año (Gráfico N° 9).

8 Conde AA, Belizan J, Díaz RJ. *Epidemiology of fetal death in Latin America*. Acta Obstet Gynecol Scand 2000; 79: 371-378
 9 MINSA/OGE-004/010. Oficina General de Epidemiología. *Análisis de Situación de Salud en el Perú 2005*.
 10 Proyecto 2000, datos no publicados del análisis del SiP en hospitales 1995
 11 OMS. *Essential Newborn Care: A report of a Technical Working Group*. Geneva.1995

Gráfico N° 9
Evolución de las causas muerte en menores de 1 año
Perú 1986-2000



Fuente: Encuestas ENDES 1986- 2000. Elaboración: PARSALUD II. Proyecto de Prefactibilidad.

II

Objetivos del Estudio

II. OBJETIVOS DEL ESTUDIO

Estimar la magnitud de la mortalidad neonatal en las dos regiones seleccionadas, particularmente identificar la magnitud del sub registro y los factores que condicionan en alto nivel de sub notificación, en un área andina y en un área amazónica.

Identificar las percepciones, valoración, conocimientos y prácticas (CAP) asociadas a la mortalidad neonatal y cuidados del recién nacido que se tienen en las áreas rurales seleccionadas (regiones andinas y amazónicas).

Formular propuestas de estrategias de intervención y recomendaciones de política en relación con la atención de la mortalidad neonatal dentro de áreas rurales a partir de los hallazgos obtenidos

III

Metodología del Estudio

III. METODOLOGÍA DEL ESTUDIO

3.1. Ámbito de estudio

El estudio se desarrolló en las provincias de Grau del departamento de Apurímac y en la provincia de Condorcanqui del departamento de Amazonas (Gráficos N° 9 y 10).

Gráfico N° 10
Departamento de Apurímac - Provincia de Grau



Fuente: INEI. Banco de Información Distrital, 2008

Gráfico N° 10
Departamento de Amazonas - Provincia de Condorcanqui



Fuente: INEI. Banco de Información Distrital, 2008

3.2. Desarrollo de los temas de estudio

La metodología cuantitativa y cualitativa utilizada según cada tema de estudio se presenta en la Tabla N° 8; los instrumentos de recolección de información validados previamente, se presentan en el Anexo N° 1:

- Formato N° 1: Registro de muerte neonatal
- Formato N° 2: Revisión de historias clínicas.
- Formato N° 3: Guía de autopsia verbal.
- Formato N° 4: Guía de grupos focales con madres.
- Formato N° 5: Guía de grupos de discusión con personal de salud.
- Formato N° 6: Guía de entrevistas a profundidad (autoridades locales).
- Formato N° 7: Guía de grupos de discusión (agentes de salud).
- Formato N° 8: Lista de chequeo de funciones obstétricas y neonatales.

En la Tabla N° 9 se detalla los lugares, el número y tipo de instrumentos de investigación que se aplicaron según tema de estudio.

Tabla N° 8
Temas de estudio – metodología

Tema de estudio	Método	Descripción
Magnitud de mortalidad neonatal	Estimación de las muertes neonatales por provincia a través de la aplicación de proporciones de muertes neonatales derivadas de los registros de defunciones	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicación del método de Brass para estimar tasa de mortalidad infantil a nivel provincial. • Estimación de muertes neonatales a nivel provincial por la relación de muertes neonatales/muertes infantiles.
	Recojo de información de muerte neonatal de registros oficiales	<ul style="list-style-type: none"> • Datos de muerte neonatal disponibles en el nivel central, regional y local del MINSA; y en registros civiles.
	Revisión de historias clínicas	<ul style="list-style-type: none"> • Causas de muerte neonatal intrahospitalaria
Subregistro de mortalidad neonatal	Diferencia entre la magnitud de muerte calculada por el método indirecto y la que figura en registros oficiales	<ul style="list-style-type: none"> • Diferencia MINSA-Registros civiles • Diferencia método indirecto-MINSA • Diferencia método indirecto-Registros civiles
Percepciones, valoraciones, conocimientos y practicas asociadas a la muerte neonatal y los cuidados del recién nacido	Grupos focales, grupos de discusión y entrevistas en profundidad (líderes comunales, autoridades, personal de salud)	<ul style="list-style-type: none"> • Barreras y factores culturales que limitan el acceso de los neonatos a cuidados básicos en la familia, comunidad y EE.SS.
	Autopsias verbales	<ul style="list-style-type: none"> • Itinerario de la muerte neonatal • Identificación de actores y procesos: factores asociados, conductas, redes familiares, percepciones, agentes clave y su influencia en la toma de decisión para el desenlace.
Formulación de estrategias de intervención y recomendaciones de política	Talleres participativos ámbito local y regional	<ul style="list-style-type: none"> • Las conclusiones servirán de insumo para los talleres de diseño de políticas y estrategias a favor de la reducción de la mortalidad neonatal.

Fuente: Elaboración de consultoría

Tabla N° 9
Instrumentos de investigación según temas de estudio

Tema de estudio	Instrumento /fuente	Lugar	Descripción
Magnitud de mortalidad neonatal	Bases de datos de mortalidad	Lima	<ul style="list-style-type: none"> • INEI (ENDES 2004-2007) • INEI (CENSO 2007) • MINSA (2005-2007) • Hospital de Abancay (2005-2007)
	Formato N° 1 (Registro de muerte neonatal)	Prov. de Grau (Apurímac)	<ul style="list-style-type: none"> • Municipalidad provincial de Grau (Reg. Civiles) (2005-2007) • DIRESA Apurímac I (2005-2007)
		Prov. de Condorcanqui (Amazonas)	<ul style="list-style-type: none"> • Municipalidad provincial de Condorcanqui (Reg. Civiles) (2005-2007) • DIRESA Amazonas (2005-2007)
	Formato N° 2 (Revisión de historias clínicas)	Prov. de Grau (Apurímac)	<ul style="list-style-type: none"> • Hospital de Abancay – Centro de Salud de Chuquibambilla (2007)
Prov. de Condorcanqui (Amazonas)		<ul style="list-style-type: none"> • Hospital de Bagua – Centro de Salud de S.M. Nieva (2007) 	
Percepciones, valoraciones, conocimientos y practicas asociadas a la muerte neonatal y los cuidados del recién nacido	Formato N° 3 (Guía de autopsia verbal)	Prov. de Grau (Apurímac)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nace en E.S. y muere en E.S. 2. Nace en E.S. y muere en comunidad 3. Nace en comunidad y muere en E.S. 4. Nace en comunidad y muere en comunidad
		Prov. de Condorcanqui (Amazonas)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nace en E.S. y muere en E.S. 2. Nace en E.S. y muere en comunidad 3. Nace en comunidad y muere en E.S. 4. Nace en comunidad y muere en comunidad
	Formato N° 4 (Guía de grupos focales)	Prov. de Grau (Apurímac)	<ul style="list-style-type: none"> • 1 con madres menores 20 años de la comunidad del caso 4 anterior • 1 con madres mayores 40 años de la comunidad del caso 4 anterior
		Prov. de Condorcanqui (Amazonas)	<ul style="list-style-type: none"> • 1 con madres menores 20 años de la comunidad del caso 4 anterior • 1 con madres mayores 40 años de la comunidad del caso 4 anterior
	Formato N° 5 (Guía de grupos de discusión)	Prov. de Grau (Apurímac)	<ul style="list-style-type: none"> • Personal de Salud del E.S. más cercano a la comunidad del caso 4
		Prov. de Condorcanqui (Amazonas)	<ul style="list-style-type: none"> • Personal de Salud del E.S. más cercano a la comunidad del caso 4
	Formato N° 6 (Guía de entrevista)	Prov. de Grau (Apurímac)	<ul style="list-style-type: none"> • Alcalde provincial • Líder de comunidad del caso 4
		Prov. de Condorcanqui (Amazonas)	<ul style="list-style-type: none"> • Alcalde provincial • Líder de comunidad del caso 4
	Formato N° 7 (Guía de grupos de discusión)	Prov. de Grau (Apurímac)	<ul style="list-style-type: none"> • Promotores de salud y parteras del E.S. más cercano a la comunidad del caso 4
		Prov. de Condorcanqui (Amazonas)	<ul style="list-style-type: none"> • Promotores de salud y parteras del E.S. más cercano a la comunidad del caso 4
Capacidad resolutoria de EE.SS.	Formato N° 8 (Lista de chequeo FON)	Prov. de Grau (Apurímac)	<ul style="list-style-type: none"> • EE.SS. identificados en las autopsias verbales
		Prov. de Condorcanqui (Amazonas)	<ul style="list-style-type: none"> • EE.SS. identificados en las autopsias verbales

Fuente: Elaboración de consultoría

Los resultados esperados del estudio han sido los siguientes:

- Magnitud de la mortalidad neonatal.
- Subregistro de mortalidad neonatal.
- Percepciones, valoraciones, conocimientos y practicas asociadas a la muerte neonatal y los cuidados del recién nacido.
- Formulación de estrategias de intervención

IV

Magnitud de la Mortalidad Neonatal



IV. MAGNITUD DE LA MORTALIDAD NEONATAL

4.1. Consideraciones metodológicas

Una característica demográfica del ámbito nacional e internacional, es la declinación de los niveles de mortalidad temprana. En el Perú, según información censal, la TMI pasó de 53.5 a 18.5 por mil n.v. entre 1993 y 2007; pero al interior del país el descenso de la mortalidad infantil se produjo en diferentes niveles y a distintas velocidades: en Amazonas y Apurímac, donde se registraban elevadas tasas de mortalidad infantil, 63.9 y 81.9 por mil nacidos vivos en 1993 descendió a 19.4 y 19.0 en el 2007, no obstante, dentro de los departamentos hay disparidad de tasas.

En el primer mes de vida, la mortalidad se asocia a factores endógenos, generalmente originados en el embarazo y parto, luego del primer mes y en los primeros años de vida la mortalidad se vincula con factores de tipo exógeno o del ambiente en el que se desarrolla el niño, entendiéndose como tal, las condiciones de vivienda, alimentación, ingreso y nivel de educación de los padres, factores, que entre otros, inciden sobre la salud del niño.

El propósito de esta sección es aplicar métodos de estimación de mortalidad infantil, por edades, para las provincias de Condorcanqui y Grau. Los métodos de estimación de la mortalidad infantil se basan en información censal sobre hijos tenidos por mujeres actualmente vivos; la estimación de la mortalidad neonatal se basa en las proporciones de estas muertes frente al total de muertes de menores de un año, cuya fuente es el Registro Civil.

La fuente natural sobre muertes es el Registro de Defunciones del Registro Civil, pero esta información está afectada por un subregistro cuya magnitud no se conoce, lo que la invalida como fuente para conocer directamente la intensidad de la mortalidad; pero su estructura es muy útil para estimar la mortalidad y sus causas, pues solamente los censos y las estadísticas vitales proporcionan información sobre áreas menores como las provincias.

Este inconveniente ha planteado la necesidad de realizar investigaciones estadísticas, que brinden la información para estimar la real magnitud de la mortalidad infantil, tanto en el ámbito nacional como en ámbitos menores. El INEI, se ha encargado de ejecutar estas investigaciones a través de los censos de población y las encuestas por muestreo como las ENDES.

Los censos de población, recaban información para estimar la mortalidad infantil a través de métodos indirectos, y su ventaja es que se puede llegar a niveles como las provincias y distritos; las ENDES, proporcionan información especializada específica bastante confiable, pero su limitación está en que sólo ofrecen información sobre grandes áreas geográficas de acuerdo al nivel de representatividad que determina la muestra.

Por otro lado, estos eventos estadísticos no investigan aspectos de la mortalidad, como las causas de muerte o la mortalidad de menores de un año según edad. Para conocer las causas de muertes y la mortalidad infantil endógena y exógena la única fuente disponible es la del Registro Civil.

Es factible, en términos metodológicos, realizar estimaciones de la mortalidad infantil, tanto a nivel nacional como para áreas menores, combinando fuentes de datos como las censales y las del registro civil.

4.1.1. Definiciones

Mortalidad infantil, neonatal y otras

La expresión *mortalidad infantil* tiene el significado preciso de mortalidad de los niños menores de un año. Se llama *mortalidad neonatal* a la muerte ocurrida en el transcurso del período que comprende el primer mes o los primeros 28 días de vida¹².

El concepto de *mortalidad intrauterina* designa la mortalidad “in útero” de todo producto de la concepción, cualquiera que sea la duración del embarazo, en cambio la *mortinatalidad* o *mortalidad fetal*, designa la mortalidad “in útero” de productos de la concepción con una duración del embarazo en el orden de las 28 semanas de gestación.

La correcta aplicación de la definición de *mortalidad neonatal* y de *mortalidad fetal* requiere definiciones de *nacido vivo* y de *muerte fetal*. La distinción entre un nacido vivo y una muerte fetal es la presencia o la ausencia, respectivamente, de cualquier signo de vida en el producto de la concepción, una vez separado del seno materno, sin tomar en cuenta las condiciones de viabilidad (prematuridad, peso del recién nacido, talla, etc.).

Las estadísticas de muchos países con mortalidad infantil relativamente alta, adolecen de gruesos errores, siendo arriesgado en tales condiciones estimar como se distribuyen las muertes en función de la edad. Parece lógico que el subregistro debería ser más fuerte respecto a las muertes ocurridas en los primeros días de vida, en especial de aquellas que acaecen inmediatamente después del nacimiento y que son una fuente de confusión con las

muertes fetales tardías o mortinatalidad. Sin embargo, puede aceptarse, con base en las observaciones de muchos países, que la proporción de muertes que ocurren en el primer mes puede ser de 40 por ciento o menos cuando la mortalidad infantil es elevada.

Es evidente que la distinción entre muertes fetales (mortinatos) y nacidos vivos que fallecen inmediatamente o a las pocas horas después del nacimiento, es una fuente de error que puede afectar significativamente la tasa de mortalidad infantil.

Muchos de esos casos probablemente no se registran entre las muertes infantiles (por consiguiente tampoco entre los nacimientos), sino como mortinatos, este error generalmente induce a subestimar la mortalidad infantil.

En las regiones donde una proporción relativamente elevada de las muertes infantiles no tienen certificación médica, es fácil suponer que a muchos nacidos vivos que mueren en los primeros días de vida se los registre como mortinatos.

Puede decirse que las estadísticas de defunciones infantiles adolecen de errores superiores que los de muertes mayores de un año. Hay motivo para pensar que la integralidad es más baja en las muertes neonatales, lo cual se explicaría, a parte de su confusión con los mortinatos, por las prácticas seguidas en regiones rurales apartadas, donde muchos niños de corta edad no son inhumados en cementerios públicos y por consiguiente no se cumple con el requisito del registro. Esta hipótesis pareciera estar corroborada por el examen comparado de la mortalidad infantil en regiones que presentan escasa correlación entre aquella y las condiciones socioeconómicas.

Un método que puede ser utilizado para una primera evaluación del nivel de la mortalidad infantil, consiste en analizar la estructura por subintervalos de edad, comparándola con estructuras de otras regiones con estadísticas fidedignas. Si se encuentra, por ejemplo, una elevada proporción de muertes postneonatales, se debería esperar una tasa de mortalidad infantil relativamente alta.

En resumen, a una menor tasa de mortalidad infantil corresponde una mayor proporción de muertes neonatales. En general, a mayor tasa de mortalidad corresponde menor proporción de defunciones de menores de un mes. Esto se explica en relación con la naturaleza de las causas de muerte, cuya gran mayoría, después del primer mes de vida, son de origen predominantemente exógeno (enfermedades infecciosas y parasitarias, diarreas y enteritis, etc.), cuyo control se ha ido logrando con los avances de la sanidad y la medicina. En cambio, una parte considerable de las causas de muertes en el primer mes tienen un origen endógeno (tales como prematuridad, malformaciones congénitas, etc.). Sobre éstas los progresos fueron más lentos, de tal modo que al desaparecer gradualmente la mortalidad de origen exógeno adquiere importancia relativa la mortalidad de origen exógeno, y con ello la mortalidad neonatal.

12 Naciones Unidas. *Diccionario demográfico plurilingüe*. Nueva York, 1959.

Bajo la denominación de *mortalidad perinatal* se engloban la mortinatalidad y la mortalidad neonatal, es decir muertes ocurridas a partir de las 28 semanas de gestación hasta los 7 días de nacido.

Tasas de mortalidad infantil

Las tasas de mortalidad infantil pueden ser calculadas de acuerdo con la causa de la muerte y según diversas subdivisiones, por edad, de las muertes de menores de un año, empleando como denominador el total de nacidos vivos.

La tasa de mortalidad neonatal se calcula de la misma manera que la tasa de mortalidad infantil convencional, tomando como numerador las defunciones acontecidas dentro del primer mes de vida o los 28 días de vida extrauterina, en tanto que el denominador lo constituye el total de nacimientos, la tasa se expresa en tanto por mil.

La tasa de mortalidad pos-neonatal se calcula tomando como numerador a las muertes ocurridas desde el fin del periodo neonatal (28 primeros días de vida) hasta la edad de un año, dividido por el total de nacimientos.

La tasa de mortinatalidad se calcula tomando como numerador el número de defunciones intrauterinas ocurridas durante un año, y como denominador el número de nacidos vivos dentro del mismo año, expresado en tanto por mil. La tasa de mortinatalidad proporciona una medida del desperdicio reproductivo, es decir, de la proporción de embarazos que no llegan a producir un nacido vivo.

El denominador de esta tasa debería ser el número de embarazos, por lo tanto el uso del total de nacimientos en el denominador es solamente una aproximación al número de embarazos, y de hecho podría subestimar su número ya que no toma en cuenta los nacidos muertos, desde otro punto de vista, podría sobreestimar su número pues un solo embarazo puede dar lugar a más de un nacimiento (partos múltiples) y a más de una muerte intrauterina, o una combinación de nacimientos vivos y muertes intrauterinas, en todo caso hay una cierta compensación cuya magnitud se ignora.

Una tasa de mortinatalidad elevada generalmente es un indicador de lo inadecuado del cuidado prenatal, lo cual está relacionado a la deficiente cobertura de los servicios profesionales de atención prenatal en la comunidad y de la presencia de un nivel socio-económico bajo. Las mujeres de bajo nivel socio-económico pueden no estar al tanto de la disponibilidad de servicios profesionales aun cuando éstas existan, pueden dejar de asistir a los centros de salud, pueden no entender plenamente las instrucciones dadas, o no tener los medios para llevar a cabo esas instrucciones.

Fecundidad

La reproducción tiene una base biológica, ya que el nacimiento de un niño es el resultado final de una cadena de acontecimientos que se origina en la fusión de un espermatozoide con un óvulo. Sin embargo, desde el punto de vista demográfico, el foco de la investigación no está tanto en los aspectos biológicos de la reproducción sino en su resultado: los nacimientos. Desde esta perspectiva, la reproducción es estudiada como un hecho social.

Bajo el nombre de fecundidad se estudian en su aspecto cuantitativo y cualitativo los fenómenos directamente relacionados con la procreación, considerada en el seno de una población, de acuerdo a esto la fecundidad se define como la capacidad de una pareja de producir un nacido vivo, en un sentido especial, se entiende por fecundidad la frecuencia de nacimientos en el grupo de mujeres en edad de procrear. El concepto de natalidad, a diferencia de la fecundidad hace referencia a la producción de nacimientos.

El número de niños nacidos vivos en una población está relacionado por la fertilidad, la edad al casarse o cohabitar, la disponibilidad y el empleo de métodos anticonceptivos, el desarrollo económico, el estado social de la mujer y la estructura por edad y sexo de la población.

En general, la mayor parte de las medidas de la fecundidad relacionan los nacimientos vivos con la población que los produce, es decir, los eventos que ocurren en una población expuesta al riesgo de producirlos o experimentarlos. En el caso de la mortalidad, toda la población está expuesta al riesgo de morir, en cambio, en el caso de la fecundidad sólo está expuesta la que realmente participa en la reproducción. Si el estudio parte de la mujer como unidad de análisis, entonces la población expuesta al riesgo estará dada por las mujeres en edad fértil, es decir, con edades entre 15 y 49 años cumplidos.

La mayoría de los indicadores de la fecundidad suelen calcularse tomando como unidad a la mujer, pese a que la concepción es compartida por ambos sexos, esto debido al rol principal que la mujer tiene en todas las etapas del proceso reproductivo, además, en la práctica la medición de la fecundidad está ligada al periodo fértil perfectamente definido en el caso de la mujer, y el hecho de que identificar a la madre normalmente es muy sencillo, lo que no necesariamente ocurre con el padre.

- Tasa Bruta de Natalidad

La tasa bruta de natalidad se define como la relación por cociente entre el número de nacimientos ocurridos durante un año y el tamaño promedio de la población en dicho año. Esta tasa representa la frecuencia con que ocurren los nacimientos en una población durante un año, generalmente se expresa por cada mil habitantes.

- Tasa de Fecundidad General

La tasa de fecundidad general (TFG) se calcula mediante el cociente entre los nacimientos vivos ocurridos en un intervalo de tiempo, por lo general un año calendario, y la población femenina en edad fértil a mediados de dicho año, expresado por mil. Se interpreta como la cantidad de nacimientos anuales por cada mil mujeres en edad fértil.

- Tasas de Fecundidad por Edad

La tasa de fecundidad por edad o tasa específica de fecundidad por edad se define como el cociente entre los nacimientos de madres de una determinada edad, y las mujeres de esa misma edad en determinado año.

- Tasa Global de Fecundidad

La tasa global de fecundidad (TGF) es una medida resumen que se obtiene sumando las tasas de fecundidad por edad. Si las tasas corresponden a grupos quinquenales de edad, la suma deberá multiplicarse por cinco, ya que éstas son un promedio atribuido para cada edad del grupo quinquenal, durante un solo año calendario. Se interpreta como el número de hijos que, en promedio, tendría cada mujer de una cohorte hipotética de mujeres no expuestas al riesgo de muerte desde el inicio hasta el fin del periodo fértil y que, a partir del momento en que se inicia la reproducción, tuvieran sus hijos de acuerdo a las tasas de fecundidad por edad de la población en estudio.

4.1.2. Esquema metodológico

- Desarrollo del método de Brass y su aplicación para estimar las tasas de mortalidad infantil en los ámbitos nacional y provincial.
 - Generar la información sobre las mujeres con paridez, total de hijos tenidos y total de hijos actualmente vivos, tanto para estudiar algunos diferenciales nacionales como para estimar la tasa de mortalidad infantil.
 - Estimar tasas de la mortalidad infantil, para el país, los departamentos y las provincias.
 - Aplicar la metodología necesaria para compatibilizar las tasas de las áreas menores con las mayores.
 - Generar la información sobre las mujeres con paridez, total de hijos tenidos y total de hijos del último año, para estudiar la fecundidad.
 - Estimar tasas de fecundidad, para el país, los departamentos y las provincias y calcular los nacimientos.
- Estimar proporciones de muertes neonatales para el país, departamentos y provincias.
 - Calcular las proporciones de muertes neonatales.
 - Ajustar las muertes neonatales a los resultados censales, estimando la omisión y realizando los ajustes de compatibilidad, a nivel nacional, departamental y provincial.

- Estimar las tasas de mortalidad infantil, por edades (neonatal y postneonatal) a nivel provincial.

4.1.3. Notas metodológicas

Mortalidad Infantil

Se analizará las estimaciones de la mortalidad en la niñez a partir de información sobre hijos nacidos vivos e hijos supervivientes, clasificados por edad de la madre. El método se basa en que la proporción de hijos nacidos vivos que han fallecido constituyen indicadores de la mortalidad en la niñez, a partir de los cuales se pueden calcular tasas de mortalidad infantil con alto grado de solidez. El primero que planteó el método fue W. Brass, posteriormente Trussell propone una variante al método original y es el que se aplicará en el trabajo (Anexo 2). En los cálculos se utilizará el Modelo Oeste de las Tablas de Vida de Coale y Demeny, debido a que la evaluación que se hiciera en el estudio de la mortalidad general del país, la estructura de la mortalidad por edad y sexo se asemeja más al Modelo Oeste. Las estimaciones que se obtienen con este método, dan tasas para 7 fechas diferentes, de acuerdo al grupo de edad de las madres que se trate.

Con la finalidad de establecer tasas consistentes para las siete fechas mencionadas, se realiza un ajuste y posterior estimación para el 2007, esta tasa es la que se toma como resultado para el estudio (Anexo 3).

Un factor importante para la estimación de la mortalidad infantil por sub-grupos de población, es el tamaño o el número de hogares que pudieran clasificarse en cada uno de ellos, desde que éstos deben ser subdivididos en 7 grupos de edades y otros segmentos que se tomen para el análisis, por ejemplo la residencia urbana o rural, se puede llegar a construir grupos tan pequeños que podrían estar cargados de errores de estimación nada despreciables, en tal sentido algunos resultados para sub-grupos pequeños podrían no ser coherentes.

Fecundidad

Brass propuso métodos indirectos de estimación de la fecundidad, para países que carecen de información confiable para conocer los niveles de estos hechos vitales. La información utilizada en estas estimaciones indirectas proviene de Censos y Encuestas por Muestreo, relativas a los hijos que tuvieron las mujeres entrevistadas recientemente e hijos tenidos en toda su vida.

La información sobre los nacimientos actuales se obtiene interrogando a las mujeres con respecto a si han tenido hijos en un breve período anterior a la fecha de la encuesta, por lo general un año antes. Los métodos pueden extenderse sin dificultad a otros intervalos de tiempo. Las tasas de fecundidad por edades se pueden obtener dividiendo el número de niños nacidos por madre entre el correspondiente total de mujeres en la población para cada grupo

de edades. Las mediciones basadas en estas tasas específicas se denominarán “actuales”, en tanto que los índices de fecundidad obtenidos del promedio de hijos nacidos vivos por mujer en cada edad se llamarán “retrospectivos”.

El promedio de hijos nacidos vivos por mujer a cada edad, calculado según la información actual (tasas actuales acumuladas multiplicadas por 5), puede compararse con la información retrospectiva correspondiente. Si ambas series de índices concuerdan en todas las edades, la evidencia en pro de su exactitud es bastante grande, sin embargo, por lo general no es así. Las aplicaciones del procedimiento a los registros de muchas poblaciones han revelado discrepancias sistemáticas. Estas tienen un patrón que es consecuente con lo que se sabe sobre los errores en los informes de las encuestas de hechos vitales.

La tasa de fecundidad basada en las respuestas a una pregunta sobre los nacimientos ocurridos durante el año anterior al censo o encuesta, con frecuencia está tan evidentemente errada que resulta inutilizable, principalmente porque el nivel es demasiado bajo pero a veces porque está notoriamente inflada. Por otra parte, los promedios comunicados de hijos nacidos vivos a menudo aumentan demasiado gradualmente con la edad de la madre, especialmente sobre los 30 o 35 años, y disminuyen a edades que están más allá del período de reproducción, cuando deberían mantenerse por lo menos constantes.

Hay una probabilidad muy grande de que esto se deba a la omisión en los informes, a medida que aumenta la edad de las mujeres, de una proporción creciente de los hijos nacidos (problemas de memoria).

La tasa de fecundidad para un intervalo de edades es un valor medio por año. Estas tasas medias de fecundidad para los siete grupos quinquenales que efectivamente cubren el período de reproducción se designarán como f_i (donde $i = 1, 2, \dots, 7$). La multiplicación por el número de años del intervalo da el promedio de nacimientos que se produciría entre todas las mujeres comprendidas en el intervalo.

La acumulación de los valores f_i (multiplicados por 5) desde grupo más bajo de edades da el promedio de hijos nacidos vivos en los límites superiores de los intervalos. Por lo tanto, si los grupos de edades tabulados son de 15-19, 20-24 años, etc., las f_i (multiplicados por 5) acumuladas dan el promedio de hijos nacidos vivos a las edades exactas de 20, 25 años etc., si se ha hecho la corrección por el desplazamiento de medio año, pero en la situación más corriente en que esto no se ha hecho, en consecuencia la acumulación correspondería a las edades exactas de 19.5, 24.5 años, etc.

Si se tiene en cuenta el número de hijos que ha tenido la mujer o “paridez”, los informes retrospectivos del promedio de niños nacidos vivos por mujer para los grupos quinquenales de edades se designarán por P_i o paridez media (donde $i = 1, 2, \dots, 7$). Así, P_1 es la paridez media de las mujeres de 15-19; P_2 de las mujeres de 20-24, etc. Estas no son mediciones a edades exactas, sino promedios en el grupo de edades.

Con una fecundidad constante, el promedio de hijos nacidos vivos debe aumentar con la edad; por lo tanto, el valor P_i para un intervalo de edades, estará situado entre el promedio de hijos nacidos vivos a las edades exactas que forman los límites inferiores y superiores del intervalo (nótese que en el grupo de edades 20-24, los límites del intervalo son las edades 20 y 25, lo mismo para el resto de grupos). Es necesario, por consiguiente, idear algún procedimiento para calcular según los valores f_i los valores medios correspondientes de la fecundidad acumulada para cada uno de los intervalos de edades. Las razones calculadas serán designadas como valores F_i , siendo F_1 el valor medio estimado de la fecundidad acumulada para las mujeres de 15-19 años, F_2 para las mujeres de 20-24 años, etc.

Si la fecundidad por edades es constante en un intervalo, la fecundidad acumulativa aumentará linealmente con la edad y el promedio para el intervalo se hallará a medio camino entre los valores f acumulado en los límites inferior y superior. La fecundidad acumulada media estimada se obtendría entonces sumando dos y media veces la fecundidad para el intervalo a la fecundidad acumulada hasta el límite de edad inferior. Si hay un desplazamiento de medio año en los grupos de edades para las tasas actuales, se puede tomar en cuenta sumando el número de hijos que hubiesen nacido en el medio año. Por lo tanto, para el intervalo i -ésimo, en que Φ_i es el total acumulado de $5f_1 + 5f_2$ etc., hasta $5f_{i-1}$, la estimación de la fecundidad acumulativa media del intervalo sería $F_i = \Phi_i + 3.0f_i$.

En el Anexo 3 se describe la metodología de Brass en la variante Trussel, que es la que se aplico para el cálculo del nivel de la fecundidad, de los cuales se derivan los nacimientos, denominador de la tasa de mortalidad infantil.

4.1.4. Fuentes de Datos

Del sistema de Registro Civil o sistema de registro de hechos vitales, se obtiene una estimación del número de defunciones registradas según algunas características como: edad, sexo, causa de la muerte, lugar de residencia, lugar de ocurrencia, etc.

Las estadísticas sobre defunciones que se obtienen de esta fuente, corrientemente están afectadas por subregistro u omisión de defunciones, inscripción tardía, mala declaración de la edad, mala declaración de la causa de muerte, etc., por lo que es recomendable realizar las correcciones respectivas antes de realizar el cálculo de indicadores.

Desde que en la cuantificación de la incidencia de la mortalidad intervienen el número de defunciones y el volumen de la población donde éstas ocurren, los Censos de Población constituyen otra fuente de datos necesaria para conocer el tamaño de la población.

Adicionalmente, en algunos censos se pregunta sobre el número de defunciones, en estos casos se tendría la población y las muertes ocurridas en un periodo de tiempo. Si no se dispone de la población para el momento que se desea estudiar la mortalidad, es necesario obtener una estimación basada en la información censal.

Cuando la información proporcionada por las fuentes naturales no son lo suficientemente confiables ya que, como se mencionó, están afectadas por diversos factores que disminuyen su calidad, es necesario recurrir a una serie de técnicas de estimación de los niveles de la mortalidad utilizando otro tipo de datos que se pueden obtener en los propios Censos de Población o en encuestas demográficas, como las ENDES, que proporcionan información para estudiar la mortalidad infantil o la fecundidad.

4.2. Estimación de la mortalidad infantil

Las estimaciones de la mortalidad en la niñez se realizarán a partir de información sobre hijos nacidos vivos e hijos supervivientes, clasificados por edad de la madre. El método se basa en que la proporción de hijos nacidos vivos que han fallecido constituyen indicadores de la mortalidad en la niñez, a partir de los cuales se pueden calcular tasas de mortalidad infantil de mayor solidez.

El método se apoya en la información sobre el número de hijos nacidos vivos e hijos supervivientes declarados por las mujeres entrevistadas. Con esta información se calculan proporciones de hijos fallecidos por edad de la madre, las mismas que son indicadores de la mortalidad en los primeros años de vida.

Tabla N° 10
Perú: mujeres en edad fértil con paridez, hijos tenidos e hijos sobrevivientes, según edad de la madre, 2007

GRUPO (i)	Edad de las entrevistadas	Número de mujeres FP (i)	Total de hijos	
			Tenidos CEB (i)	Actualmente vivos HAV (i)
1	15 - 19	1.329.419	183.017	178.803
2	20 - 24	1.078.422	851.099	832.146
3	25 - 29	985.362	1.524.447	1.486.477
4	30 - 34	970.529	2.117.075	2.049.621
5	35 - 39	916.949	2.579.315	2.474.317
6	40 - 44	803.370	2.693.180	2.549.109
7	45 - 49	677.693	2.587.209	2.411.172
Total		6.761.744	12.535.342	11.981.645

Fuente: Censo 2007

4.2.1. Paridez media por mujer y proporción de hijos fallecidos

La paridez media para cada grupo de edad es el resultado de dividir el número total de hijos, tenidos por las mujeres en toda su vida fértil, entre el número de mujeres declarantes, se interpreta como el promedio de hijos por mujer, tenidos en toda su vida fértil. La proporción de hijos fallecidos es el cociente entre el número de hijos fallecidos y el total de hijos nacidos vivos.

Tabla N° 11
Perú: paridez media, y proporción de hijos fallecidos, según edad de la madre. 2007

Grupo (i)	Edad de las entrevistadas	Paridez media P (i)	Proporción de hijos fallecidos D(i)
1	15 - 19	0,13767	0,023025
2	20 - 24	0,78921	0,022269
3	25 - 29	1,54709	0,024907
4	30 - 34	2,18136	0,031862
5	35 - 39	2,81293	0,040708
6	40 - 44	3,35235	0,053495
7	45 - 49	3,81767	0,068041

Fuente: Censo 2007

4.2.2. Cálculo de los multiplicadores

Los multiplicadores, k(i), necesarios para ajustar la proporción de hijos fallecidos, D(i), de acuerdo a la fecundidad vigente, se calculan con:

$$k(i) = a(i) + b(i) \frac{P(1)}{P(2)} + c(i) \frac{P(2)}{P(3)}$$

Tabla N° 12
Perú: multiplicadores k(i), según edad de la madre. 2007

Grupo de edad	Índice (i)	Coeficientes			Paridez media P(i)	Multiplicadores K (i)
		a(i)	b(i)	c(i)		
15 - 19	1	1,1415	-2,7070	0,7663	0,1377	1,0601
20 - 24	2	1,2563	-0,5381	-0,2637	0,7892	1,0279
25 - 29	3	1,1851	0,0633	-0,4177	1,5471	0,9831
30 - 34	4	1,1720	0,2341	-0,4272	2,1814	0,9949
35 - 39	5	1,1865	0,3080	-0,4452	2,8129	1,0131
40 - 44	6	1,1746	0,3314	-0,4537	3,3524	1,0010
45 - 49	7	1,1639	0,3190	-0,4435	3,8177	0,9933

Fuente: Elaboración del estudio

4.2.3. Cálculo de las probabilidades de morir y de sobrevivir

Las estimaciones de las probabilidades de morir, $q(x)$, se obtienen para diferentes valores de la edad exacta x como el producto de las proporciones declaradas de fallecidos, $D(i)$, por los multiplicadores correspondientes, $K(i)$. El valor de x no es igual al de i , ya que el primero depende, en términos generales, de la edad media de los hijos de mujeres en el grupo de edad i .

Una vez que $q(x)$ ha sido estimada, su complemento $l(x)$, la probabilidad de sobrevivir desde el nacimiento hasta la edad exacta x , se obtiene como $l(x) = 1 - q(x)$.

Tabla N° 13
Perú: probabilidades de morir, $q(x)$ y sobrevivir $l(x)$, según, edades exactas, x . 2007

Grupo de edad	Índice (i)	Edad (x)	Multiplicadores K (i)	Proporción de hijos fallecidos D (i)	Probabilidades de	
					Morir $q(x)$	Sobrevivir $l(x)$
15 - 19	1	1	1,0601	0,0230	0,02438	0,97562
20 - 24	2	2	1,0279	0,0223	0,02292	0,97708
25 - 29	3	3	0,9831	0,0249	0,02448	0,97552
30 - 34	4	5	0,9949	0,0319	0,03174	0,96826
35 - 39	5	10	1,0131	0,0407	0,04123	0,95877
40 - 44	6	15	1,0010	0,0535	0,05355	0,94645
45 - 49	7	20	0,9933	0,0680	0,06755	0,93245

Fuente: Elaboración del estudio

4.2.4. Cálculo del periodo de referencia

Desde que la mortalidad no permanece constante, las probabilidades de morir derivadas de mujeres de distintas edades estarán referidas a periodos diferentes. Para calcular este periodo de referencia, $t(x)$, de cada estimación de la probabilidad de morir, $q(x)$, se usan los multiplicadores que Coale y Trussell proponen para determinar el tiempo "t" al que se refiere la estimación, medido en años antes de la realización de la encuesta.

Tabla N° 14
Perú: fecha de referencia, $t(x)$, de las probabilidades de morir, $q(x)$, según, edades exactas, x .

Probabilidades de morir $q(x)$	Coeficientes			Paridez media P (i)	Periodo de referencia	
	a(i)	b(i)	c(i)		Años	Fecha
$q(1)$	1,0970	5,5628	-1,9956	0,1377	1,0496	2006,76
$q(2)$	1,3062	5,5677	0,2962	0,7892	2,4288	2005,38
$q(3)$	1,5305	2,5528	4,8962	1,5471	4,4735	2003,33
$q(5)$	1,9991	-2,4261	10,4282	2,1814	6,8954	2000,91
$q(10)$	2,7632	-8,4065	16,1787	2,8129	9,5494	1998,26
$q(15)$	4,3468	-13,2436	20,1990	3,3524	12,3399	1995,47
$q(20)$	7,5242	-14,2013	20,0162	3,8177	15,2569	1992,55

Fuente: Elaboración del estudio

4.2.5. Consistencia de los resultados

Las probabilidades de morir corresponden a edades comprendidas entre 0 y x años, así por ejemplo $q(5)$ es la probabilidad de morir entre 0 y 5 años, en consecuencia las probabilidades resultantes no son comparables entre sí, debido al intervalo de edades diferentes. Una forma de realizar la comparación es calcular la probabilidad de morir en el primer año, correspondiente, de acuerdo a las Tablas Modelo Oeste de Mortalidad de Coale y Demeny. Para ello se determina el nivel de la mortalidad para cada una de las edades (calculadas según el método de Brass) y se hace la lectura de la respectiva probabilidad de morir al primer año.

Las probabilidades de morir al primer año aparecen en la última columna, de la Tabla N° 15 en ellas se observa la tendencia creciente, esperada, a medida que la fecha se aleja del día de la entrevista, a excepción del primer valor. Este error es frecuente, se atribuye a factores de memoria de las madres quienes no declaran correctamente el número de hijos tenidos y los supervivientes.

Tabla N° 15
Perú: niveles de mortalidad en las tablas modelo oeste
consistentes con las estimaciones de mortalidad en la niñez, q(x). 2007

Índice (i)	Proporción de hijos fallecidos D (i)	Edad (x)	Probabilidad de morir q (x)	Nivel en la Tabla Modelo Oeste	Fecha	Probabilidad de morir el 1er año q (1)
1	0,0230	1	0,02438	22,28	2006,76	0,02441
2	0,0223	2	0,02292	22,65	2005,38	0,02130
3	0,0249	3	0,02448	22,58	2003,34	0,02189
4	0,0319	5	0,03174	22,03	2000,91	0,02653
5	0,0407	10	0,04123	21,52	1998,26	0,03122
6	0,0535	15	0,05355	20,88	1945,47	0,03729
7	0,0680	20	0,06755	20,43	1922,55	0,04190

Fuente: Elaboración del estudio

4.2.6. Ajuste de las probabilidades y estimación de la tendencia de la mortalidad infantil

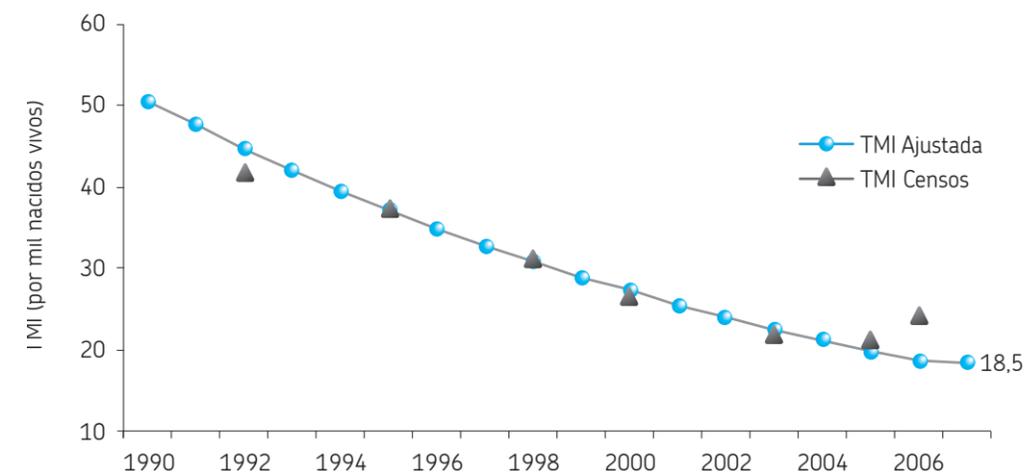
Como ya se indicó, pareciera que la primera probabilidad, o sea la más reciente, están fuera de la tendencia esperada. Para tener una estimación más robusta se plantea un ajuste de las probabilidades de morir sobre la base de una función logística y se toma la lectura para cada año calendario.

Bajo los supuestos de estar trabajando con una población estacionaria, (crecimiento y estructura por edad constante en el tiempo), la probabilidad de morir en el primer año, multiplicada por mil es igual a la tasa de mortalidad infantil.

Una vez estimadas las tasas de mortalidad infantil con datos del Censo y por aplicación del método de Brass, se establecen tendencias hasta la fecha del censo.

El siguiente gráfico muestra los puntos observados y la tendencia de la mortalidad infantil.

Gráfico N° 11
Perú: Tasa de mortalidad infantil, observada y ajustada
censo 2007

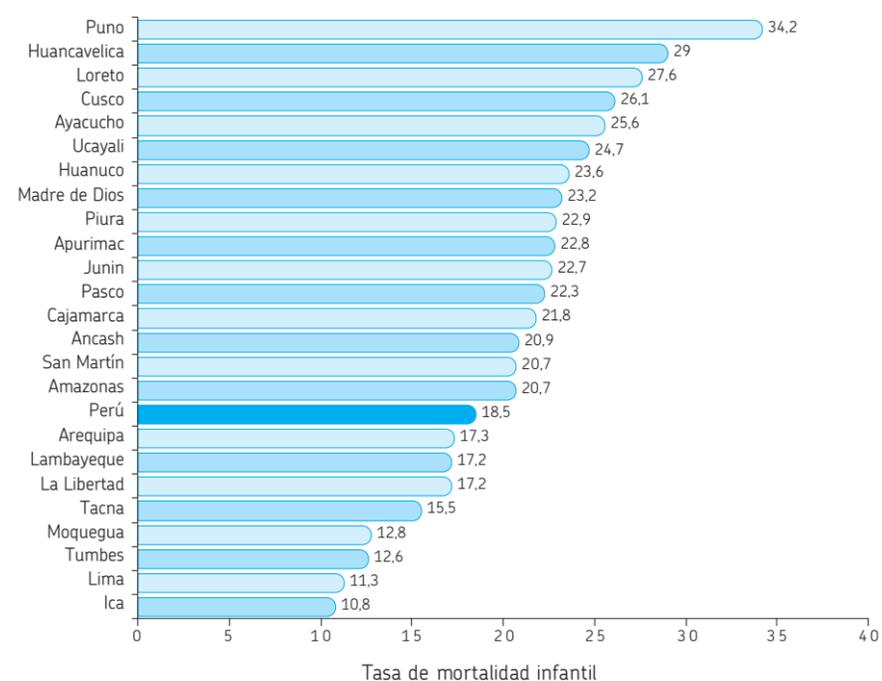


Fuente: Elaboración del estudio

Una vez establecido el nivel de la mortalidad infantil, para el país, al año 2007, se procede a corregir las tasas departamentales, con la finalidad de estimar tasas compatibles con la nacional. De los resultados obtenidos se establece que los departamentos de Apurímac y Amazonas, objeto de esta investigación muestran niveles elevados de mortalidad infantil, por encima del promedio nacional.

Gráfico N° 12

Perú: Tasa de mortalidad infantil, por departamentos 2007



Fuente: Elaboración del estudio

4.3. Estimación de la fecundidad

La información necesaria para la aplicación del método de Brass se refiere a los hijos que tuvieron las mujeres entrevistadas recientemente (último año) e hijos tenidos, nacidos vivos, en toda su vida.

Los datos sobre nacimientos actuales se obtiene interrogando a las mujeres con respecto a si han tenido hijos en el último año, anterior a la fecha de la encuesta. Las tasas de fecundidad por edades se pueden obtener dividiendo el número de niños nacidos por madre por el total de mujeres en la población para cada grupo de edades. Las mediciones basadas en estas tasas específicas se denominarán "actuales", en tanto que los índices de fecundidad obtenidos del promedio del total de hijos nacidos vivos por mujer en cada edad se llamarán "retrospectivos".

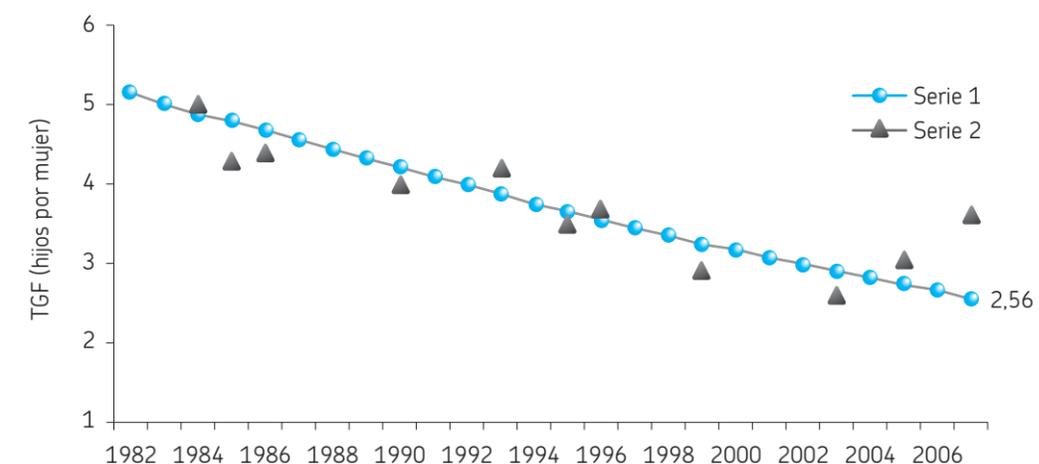
La variante propuesta al método original de Brass por Coale y Trussell¹³ consiste en ajustar un polinomio de segundo grado a cada tres valores consecutivos de y estimar la paridez

equivalente de mujeres en el grupo de edad intermedio mediante el cálculo de la integral del polinomio. El procedimiento de cálculo ha consistido en tomar como base la información censal retrospectiva de hijos nacidos vivos, calcular la paridez media, la tasa de fecundidad actual, la tasa de fecundidad actual acumulada y así estimar la paridez equivalente para un periodo.

Luego se ha calculado las tasas de fecundidad para grupos quinquenales y ajustado las tasas de fecundidad del periodo. Una vez estimada la TGF con datos del censo y por aplicación del método de Brass, se establecen tendencias hasta la fecha del censo, sobre la base de una función logística. En el Gráfico N° 13 se muestra los puntos observados y la tendencia ajustada de la tasa global de fecundidad.

Gráfico N° 13

Perú: Tendencia de la tasa global de fecundidad

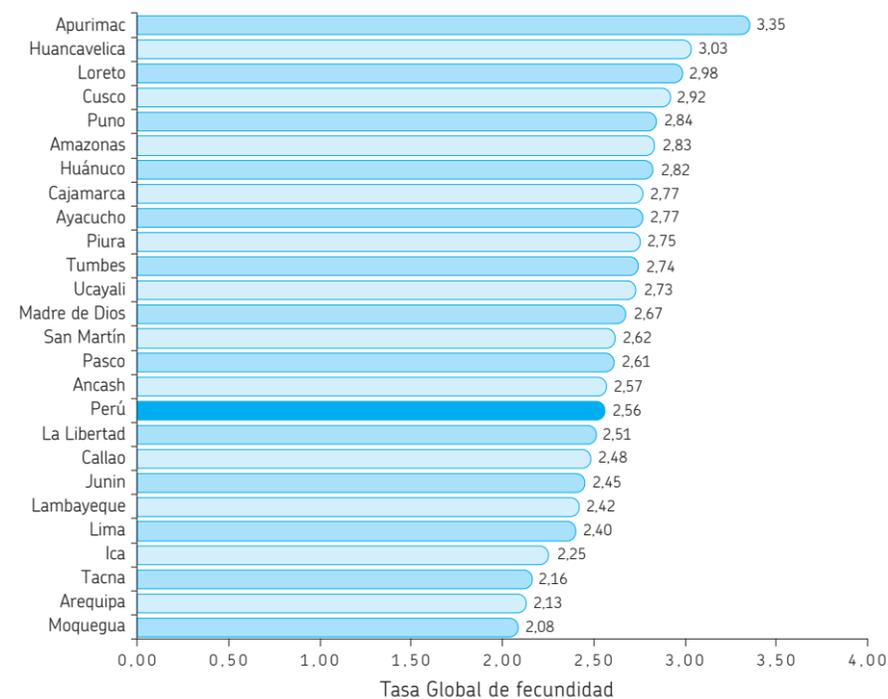


Fuente: Elaboración del estudio

Una vez establecido el nivel de la fecundidad del país 2007, se corrigen las tasas departamentales, compatibles con la nacional. De los resultados obtenidos se establece que los departamentos de Apurímac y Amazonas, objeto de esta investigación muestran niveles elevados de fecundidad.

13 Ansley J. Coale y T. James Trussell. *Model fertility schedules: variations in the age structure of childbearing in human populations*, Population Index, vol. 40. No. 2 (abril de 1974), pags. 185 a 258.

Gráfico N° 14
Perú: Tasa global de fecundidad por departamentos. 2007



Fuente: Elaboración del estudio

4.4. Estimación de la mortalidad neonatal

Si bien es cierto que la información proveniente de los Registros Civiles está afectada por la omisión registral, en el caso de la mortalidad infantil, se supone una mayor omisión, con el agregado de la mala certificación de las muertes, sobre todo en los primeros días y meses, que de acuerdo a las consideraciones expuestas, es de características diferenciales. Sin embargo, es la única fuente de datos que permite conocer, con todos sus defectos, la mortalidad infantil desagregada por edades, esto es la neonatal y postneonatal, cuya proporción se aplicará a las muertes de menores de un año derivadas de las estimaciones censales.

Con la finalidad de eliminar variaciones aleatorias y conseguir cifras robustas, se establece estructuras de muertes infantiles, por edad, para un periodo de tres años consecutivos. Los resultados para el país, los departamentos y provincias en estudio se muestran en la Tabla N° 16.

Tabla N° 16
Perú: Muertes infantiles registradas, por grupos seleccionados de edad, según departamentos y provincias. 2004-2006

Departamento	Muertes			% de muertes neonatales
	Infantiles	Post neonatales	Neonatales	
Total Perú	18,625	8,590	10,035	53,9
Resto	17,862	8,216	9,646	54,0
Amazonas	237	97	140	59,1
Chachapoyas	62	27	35	56,5
Bagua	64	18	46	71,9
Bongará	5	3	2	40,0
Condorcanqui	3	1	2	66,7
Luya	29	15	14	48,3
Rodríguez de Mendoza	16	7	9	56,3
Utcubamba	58	26	32	55,2
Apurímac	526	277	249	47,3
Abancay	103	47	56	54,4
Andahuaylas	180	79	101	56,1
Antabamba	26	22	4	15,4
Aimaraes	14	7	7	50,0
Cotabambas	127	77	50	39,4
Chincheros	48	26	22	45,8
Graú	28	19	9	32,1

Fuente: Elaboración del estudio

Las proporciones de muertes neonatales derivadas de los registros de defunciones, se aplican a las muertes infantiles calculadas en base al censo; para compatibilizar las muertes neonatales estimadas con el total nacional y con los totales departamentales, en el caso de provincias, se procede a ajustar mediante un prorrateo de las diferencias, estimando así las muertes neonatales y postneonatales, corregidas, al 2007, las que relacionadas con los nacimientos permiten obtener las tasas de mortalidad por edades¹⁴.

14 En Amazonas, fue necesario introducir un ajuste en el caso de la provincia de Condorcanqui donde el número registrado de muertes infantiles es pequeño (3), lo que hace que la proporción de muertes por edad no sea un dato robusto, introduciendo una proporción intermedia entre las provincias cuyas tasas de mortalidad infantil fueron mayores y menores, respectivamente. Este ajuste introduce cambios en las proporciones, mas no altera las estructuras relativas de la mortalidad infantil.

Tabla N° 17
Perú: Nacimientos, muertes infantiles corregidas,
por grupos seleccionados de edad, según departamentos y provincias. 2007

Departamento	Muertes				% de muertes neonatales
	Censo de población 2007		MINSa /Registro civil)		
	Total	Neonatales	Total	Neonatales	
Total Perú	11,084	5,974	18,625	10,035	53.9
Resto	10,675	5,777	17,862	9,646	54.1
Amazonas	178	105	237	140	59.0
Chachapoyas	23	14	62	35	60.9
Bagua	28	23	64	46	82.1
Bongará	13	5	5	2	38.5
Condorcanqui	30	15	3	2	50.0
Luya	30	15	29	14	50.0
Rodríguez de Mendoza	8	5	16	9	62.5
Utcubamba	46	28	58	32	60.9
Apurímac	231	109	526	249	47.2
Abancay	33	18	103	56	54.5
Andahuaylas	61	36	180	101	59.0
Antabamba	20	3	26	4	15.0
Aymaraes	24	13	14	7	54.2
Cotabambas	43	18	127	50	41.9
Chincheros	30	15	48	22	50.0
Graú	20	6	28	9	30.0

Fuente: Elaboración del estudio

Tal como se ha detallado, en el capítulo respectivo, las muertes infantiles, neonatales y postneonatales se relacionan por cociente con el total de nacimientos estimados para el 2007, para calcular las respectivas tasas.

Tabla N° 18
Perú: Nacimientos, muertes infantiles corregidas,
por grupos seleccionados de edad, según departamentos y provincias. 2007

Departamentos y provincias	Tasa de mortalidad infantil (Por mil nacidos vivos)		
	Total	Neonatales	Post neonatales
Perú	18.5	10.0	8.5
Amazonas	20.7	12.0	8.7
Apurímac	22.8	9.3	13.5
Resto	18.4	10.0	8.4
Amazonas	20.7	12.2	8.5
Chachapoyas	20.4	12.4	8.0
Bagua	16.9	13.9	3.0
Bongará	21.4	8.2	13.2
Condorcanqui	28.5	14.2	14.3
Luya	24.5	12.2	12.3
Rodríguez de Mendoza	14.3	8.9	5.4
Utcubamba	19.4	11.8	7.6
Apurímac	22.8	10.7	12.1
Abancay	17.5	9.5	8.0
Andahuaylas	18.3	10.8	7.5
Antabamba	41.2	6.2	35.0
Aimaraes	27.2	14.8	12.4
Cotabambas	24.3	10.2	14.1
Chincheros	26.4	13.2	13.2
Graú	30.2	9.1	21.1

Fuente: Elaboración del estudio

4.5. Estimación de las tasas de subregistro de mortalidad neonatal

Los datos para el análisis demográfico de mortalidad del Registro Civil son centralizados, sistematizados y difundidos por el Ministerio de Salud. De esta fuente se obtiene el número de defunciones registradas según características como: edad, sexo, causa de la muerte, lugar de residencia, lugar de ocurrencia, etc. Las estadísticas sobre defunciones que se obtienen de esta fuente, corrientemente están afectadas por subregistro u omisión de defunciones, inscripción tardía, mala declaración de la edad, mala declaración de la causa de muerte, etc., por lo que la estimación de tasas o indicadores, utilizando únicamente estos datos estarían subestimado el verdadero nivel de la mortalidad.

Cuando la información proporcionada por las fuentes naturales no es lo suficientemente confiable, ya que como se mencionó, están afectadas por diversos factores que disminuyen

su calidad, es necesario recurrir a una serie de técnicas de estimación de los niveles de la mortalidad utilizando otro tipo de datos que se pueden obtener en los propios censos de población o en encuestas demográficas, como la ENDES, que proporcionan información para estudiar la mortalidad infantil o la fecundidad o la proyecciones de Población.

En la Tabla N° 19 se presentan las muertes infantiles y neonatales registradas, provenientes de los Registros Civiles.

Tabla N° 19

Perú: Muertes infantiles registradas, por año calendario, según departamentos y provincias seleccionadas. 2004-2006

Departamento /provincia	Muertes infantiles registradas					
	2004		2005		2006	
	Total	Neonatales	Total	Neonatales	Total	Neonatales
Perú	6,427	3,533	6,432	3,385	5,837	3,160
Amazonas	71	39	107	64	59	37
Chachapoyas	23	15	20	11	19	9
Bagua	7	5	34	25	23	16
Bongará	3	2	2	0	0	0
Condorcanqui	1	1			2	1
Luya	12	3	12	8	5	3
Rodríguez de Mendoza	5	3	8	5	3	1
Utcubamba	20	10	31	15	7	7
Apurímac	202	89	146	73	178	87
Abancay	37	17	25	17	41	22
Andahuaylas	70	38	56	32	54	31
Antabamba	11	3	7	0	8	1
Aymaraes	6	3	3	2	5	2
Cotabambas	50	17	30	13	47	20
Chincheros	20	9	17	7	11	6
Graú	8	2	8	2	12	5

Fuente: MINSA, Registro de Mortalidad 2004-2006

La información del Registro Civil, sobre muertes infantiles, corresponde a los años 2004, 2005 y 2006. Como es de esperar, el número de decesos, para el ámbito provincial es pequeño y con grandes variaciones, aleatorias, de un año a otro, es el caso particular de Condorcanqui, donde no se registra muertes infantiles para el 2005; recién a nivel departamental toma alguna solidez o lo que en estadística se conoce como datos "robustos".

Para eliminar las variaciones aleatorias de un año a otro y alcanzar algún grado de solidez, sobre todo en áreas menores, se suele sumar los datos para diferentes años, que es lo que se ha hecho; en este caso, se ha trabajado con la suma de los tres años, la cual se centraliza en el año 2005.

Para calcular el grado de omisión, se comparan las estimaciones de las defunciones al año 2005, con las estimaciones al 2005 elaboradas en base a las proyecciones de población y a los datos del Censo 2007. El resultado de dichas comparaciones expresadas en porcentajes da la "Tasa de Omisión". Esta tasa va perdiendo solidez, a medida que se refiera a ámbitos pequeños, esto es que en el nivel nacional y departamental es bastante aceptable, no así para las provincias.

Como las estimaciones de omisión para segmentos de muertes infantiles, como las neonatales, no tienen consistencia estadística por el pequeño número de casos, se debe asumir para estas muertes la omisión del total de muertes infantiles. Hay evidencias que en las muertes neonatales la omisión es mayor, sobre todo porque algunas, de poco tiempo de vida, las consideran nacidos muertos, las que si se registran, no van al Registro de Defunciones sino al de mortinatos (Tabla N° 20).

Tabla N° 20

Perú: Tasa de omisión estimada, por departamentos y provincias seleccionadas

Departamento/provincia	Nacimientos 2005 (a)	TMI 2005 (a)	Muertes infantiles (x mil) 2005 (a)	Muertes infantiles registradas 2004.2006 (b)	Tasa de omisión 2005 (x 100)
Perú	608,627	23,2	14.144	18.625	56,1
Amazonas	8,735	25,8	225	237	64,9
Apurímac	10,304	25,3	261	526	32,8
Resto	589,588	23,2	13.658	17.862	56,4
Amazonas	8.735	25,8	225	237	64,9
Chachapoyas	973	25,7	25	62	17,3
Bagua	1.686	21,4	36	64	40,7
Bongará	625	27,2	17	5	90,2
Condorcanqui	1.141	34,2	39	3	97,4
Luya	1.299	30,8	40	29	75,8
Rodríguez de Mendoza	612	18,0	11	16	51,5
Utcubamba	2.399	23,8	57	58	66,1
Apurímac	10.304	25,3	261	526	32,8
Abancay	1.960	19,4	38	103	9,6
Andahuaylas	3.396	20,9	71	180	15,5
Antabamba	467	45,0	21	26	58,7
Aymaraes	868	30,0	26	14	82,1
Cotabambas	1.506	28,6	43	127	1,6
Chincheros	1.461	27,4	40	48	60,0
Graú	646	34,1	22	28	57,6

(a) Estimadas en base a proyecciones de población

(b) Fuente: MINSA, Registro Civil.

4.6. Factores asociados al subregistro de mortalidad neonatal

Para disponer de estadísticas confiables de mortalidad infantil y neonatal es necesario que los sistemas de registro civil sean completos; de otra forma las estimaciones pueden resultar distorsionadas. Y, aunque existen métodos alternativos para estimar la TMI y la TMN a partir de otras fuentes de información como las encuestas nacionales, estas brindan estimaciones a nivel agregado (nacional y grandes regiones), por lo que no pueden ser sustitutas de un sistema de registros vitales completo con el que se podría lograr la precisión y desagregación que requiere el diseño e implementación de las políticas públicas. De ahí la importancia de mejorar el registro de defunciones localmente, situación que se ve impedida por una serie de factores, que para el caso de la provincia de Grau y Condorcanqui, se señala en esta sección.

Los estudios recientes efectuados en países latinoamericanos que han tratado de evaluar el alcance de la falta de registro en las estadísticas vitales, confirman que la falta de registro es más frecuente en grupos familiares pobres, en áreas desprovistas de centros de salud y educación y en comunidades indígenas y remotas (Ordóñez y Bracamonte, 2006). En las áreas urbanas, la falta de registros es común en comunidades cultural, económica y socialmente marginadas. Duryea et. al (2006) encontraron una correlación estadística significativa entre la falta de registros de nacimientos y variables tales como bajo nivel educativo de los padres, residencia rural, nivel económico bajo y falta de acceso a atención prenatal; es decir, los grupos de población con mayor riesgo de presentar muertes prematuras¹⁵.

Cabe mencionar que el documento oficial usado en el Perú para registrar la muerte es el *certificado de defunción*, en el cual figuran los logos del INEI, RENIEC y MINSA. Contiene dos secciones: la primera, constituida por un talón desglosable llamado *certificado de defunción*, cuya cara anterior debe ser llenada por personal de salud, donde se consigna la causa básica de la muerte y datos de filiación del fallecido, y la cara posterior, la cual debe ser llenada por el declarante o en su defecto por el registrador civil, donde se consignan datos sobre los familiares del fallecido; y la segunda, constituida por el llamado *informe estadístico de la defunción*, la que debe ser llenada por personal de salud, donde se consignan datos geográficos, de filiación, de instrucción, de ocupación, de residencia, de lugar y fecha de ocurrencia, las causas de la muerte y antecedentes patológicos, así como datos de la persona que certifica la muerte.

El procedimiento establecido consiste en que este documento sea otorgado en el establecimiento de salud, donde personal calificado certifica la muerte; luego de llenar los datos, los familiares acuden a la municipalidad (Registros Civiles) donde es entregado para obtener la autorización de entierro. A su vez, la municipalidad debe quedarse con el talón desglosable y remitir el informe estadístico nuevamente al establecimiento de salud.

15 Alarcón D. y Robles M. *Los Retos para medir la mortalidad infantil con registros civiles incompletos*. INDES, Documento de Trabajo, 2007.

4.6.1. Provincia de Grau – Apurímac

Situación de los registros

- Las entrevistas con diversos actores (personal de salud, autoridades locales, promotores y madres de la provincia de Grau) dan cuenta de una disminución importante de la incidencia de la mortalidad del recién nacido en el ámbito de estudio y un mejoramiento del registro de este evento. Esta afirmación, suscrita fundamentalmente por el personal de salud, podría explicarse por el incremento de la atención del parto institucional durante los últimos años, y por la consiguiente atención oportuna y efectiva de las complicaciones del embarazo, parto y puerperio, así como de los recién nacidos.

Sin embargo, al no existir evidencias registrales sobre la magnitud de la mortalidad neonatal en el nivel provincial – distrital de los lugares visitados que confirmen esta tendencia, sólo es posible inferir la probabilidad de que el incremento del parto calificado haya disminuido la mortalidad neonatal, y en consecuencia haya aumentado relativamente el registro de muerte del recién nacido, debido a un mayor acercamiento a los establecimientos de salud.

- Se ha identificado el mejoramiento del sistema de captación y seguimiento de gestantes en la comunidad, quienes al no acudir voluntariamente al establecimiento de salud para la atención del embarazo y el parto, son visitadas y hasta sancionadas si no cumplen con los protocolos y cronogramas de atención.

Es bien difícil de esconder a una señora que esta gestando, tenemos un sistema de monitoreo, hemos mejorado, es semanal, sabemos que hay una gestante que debe venir en tres semanas y si no viene por ejemplo el niño para sus vacunas hay una deficiencia en la cobertura de vacunación y así decimos ¿qué pasó con este niño? y se va haciendo el seguimiento... es ahí donde se descubren las muertes.

Obstetrix del C.S. Vilcabamba

- La opinión del médico responsable del C.S. de Vilcabamba, es que la estrategia del radar de gestantes, implementada para la reducir la mortalidad materna, ha contribuido al mejoramiento del registro de la mortalidad neonatal durante los últimos años.

Y la forma de garantizar que estamos registrando todas las muertes perinatales es a través del Radar de gestantes o sea esa es la mejor forma, anticiparse, lo principal es saber si ahí va a haber un recién nacido y de ahí informar si no ha venido.

Médico Jefe del C.S. Vilcabamba

Causas del subregistro

- Se verificó, a través de testimonios, que el subregistro no sólo se da por la falta de diligencia en el registro de defunciones en la municipalidad, después de recibir la información y certificación del personal del establecimiento de salud, sino que existe además un subregistro a partir del personal en los mismos establecimientos de salud.

...entonces, la enfermera entra aquí y le dice no le digas a nadie, no le digas a nadie, vamos ha hacer regresar a la bebita en una cajita de galleta nomás como si fuera una caja de galleta y me dice tendrás una cajita de galleta me dice, entonces si lo tengo le dije y le he dado, hay se lo han llevado como si fuera una cajita de galleta. Aquí en el hospital esta pasando eso, eso ha pasado ya hace como dos años así. Como ocultando así se lo han llevado. A la bebita muerta, a su tierra. Lo han despachado de aquí el hospital, no habrán ni registrado, lo han despachado como quien oculta a la bebita muerta, de esto ha pasado hace dos o tres años así.

Dora, abuela de neonato fallecido

Este es un hallazgo muy preocupante, ya que se trata de inducir a los familiares al subregistro y establecer una complicidad para aparentar eficiencia y mejoramiento de la atención materno perinatal. Practicas de este tipo no sólo restan legitimidad al rol protector de la salud del Estado, sino que ahondan las brechas existentes entre la oferta y la demanda de los servicios para la atención de la salud de la madre y del recién nacido.

- Otra dimensión que merece ser considerada para comprender el nivel de subregistro de los recién nacidos fallecidos, es la dificultad de conciliar los procedimientos formales (constatación de la muerte, autopsia) con la valoración y percepción de estos procedimientos para la población andina de la provincia de Grau. La autopsia de ley para constatar la causa de muerte resulta ser un procedimiento invasivo e incomprensible desde la cosmovisión de la salud, enfermedad y muerte en el mundo andino rural.

Saca análisis de en que momento ha muerto, que tenia y sacan análisis y en la posta cuando se muere hacen y entierran. La autopsia no he visto, su papá nomás ha visto yo no he visto. Yo no quise ver, así terriblemente he sentido pena así llorando no, como ya estaba su padre. No he mirado la autopsia, no se han confiado, yo no he querido que se haga autopsia, por la fuerza siempre de hacer lo hicieron. Yo no quería que se haga. Pequeñito, asistió nomás era, no era, esto, grande

- Una de las primeras causas de subregistro de la muerte neonatal podría estar en relación a los pagos que se tienen que realizar para el registro del nacimiento y el fallecimiento del recién nacido. Para el caso de la provincia de Grau, las madres entrevistadas comentaron que si no daban a luz en el establecimiento de salud tenían que pagar la suma de treinta soles al Consejo Distrital para obtener la partida de nacimiento y luego poder solicitar la partida de defunción.

- Desde la percepción del regidor municipal del distrito de Progreso, el registro de la mortalidad neonatal ha mejorado en forma sustantiva debido a los plazos establecidos para estos procedimientos y porque ahora los responsables de los registros son remunerados.

Esa vez que el registro civil era trabajo muy, no era remunerado por eso a ambas partes no le interesaba, ahora con las indicaciones del registro civil, a las 24 horas los padres ya registran. Hoy en día ya lleva un informe el puesto de salud, y el puesto de salud se encarga de poner en conocimiento a la policía nacional y con ese documento lo hacen ponen en conocimiento al registro civil, la razón de por que ha muerto y que es lo que ha pasado.

Registrador Civil de la Municipalidad de Progreso

4.6.2. Provincia de Condorcanqui - Amazonas

Situación de los registros

- En la provincia de Condorcanqui, se ha constatado que existen deficiencias en el llenado de los certificados de defunción, como la omisión de datos (tiempo de vida, momento de la muerte, etc.), probablemente se deba a la complejidad de los documentos para su llenado y a la falta de preparación de los registradores.
- Asimismo, los registros obtenidos en la Municipalidad de Santa María de Nieva no coinciden con los registros de la Microrred Nieva, situación que se debería al retraso en la consignación de datos en los Registros Civiles.
- Además, la cantidad de muertes neonatales registradas en la Microrred son mayores a las de la Municipalidad, debido a que la familia no entrega el certificado que recibe del MINSa a los Registros Civiles.

Causas del subregistro

- Una de las causas de subregistro es la falta de exigencia de las autoridades municipales para autorizar un entierro, cuyo requisito debería ser la presentación del certificado de defunción. Sin embargo, la mayoría de cementerios no son de propiedad ni controlados por los Concejos Distritales. Es frecuente que los niños sean enterrados en cementerios de la comunidad o en sus viviendas. Hay testimonios de que muchos RN muertos son enterrados sin avisar a las autoridades de salud o municipales.

Cuando muere un RN a veces lo entierran en su casa en el emponado (en el piso de tablas), debajo de la casa, o en el patio. Si están en la capital lo llevan al cementerio. Los que están lejos, en su casa o en su patio. Dan certificado de defunción en el centro de salud y después vienen a la municipalidad pero a veces es al revés, lo entierran y luego sacan el certificado.

Los registradores trabajan hace 10 años pero escasamente, recién desde hace 5 años se formaliza pero no abarcan todo el territorio.

Alcalde de Río Santiago

- Una de las causas más importantes del subregistro, es la falta de personal registrador en las comunidades alejadas. Según el Alcalde de Río Santiago, el registro de muerte neonatal es muy escaso al interior del distrito. Sin embargo existen esfuerzos para subsanar esta deficiencia en el marco de una política municipal basada en información.

Hay por ejemplo una comunidad que para legar son 5 días, no se puede saber cuantos nacen y cuantos mueren. Se está sensibilizando que todos los muertos deben ser registrados en la municipalidad. La política nuestra es que estamos haciendo campaña. El registrador tiene que recurrir a todas las comunidades, es de la municipalidad. Somos concientes de que todo ser que nace o que muere debe registrarse. Últimamente se fue hasta Papayacu a distribuir partidas de nacimiento en forma gratuita. Tenemos registradores de diferentes comunidades de municipalidades delegadas y también donde no hay municipalidades. Concienciar que todos los que mueren también deben registrarse.

Alcalde de Río Santiago

Aquí hay cantidad de comunidades que no tienen posta de salud, sólo está el Apu y su secretario, entonces ellos lo registran. Hay un padrón que esta llevando ahorita, un censo. Espero que estén haciendo ahora también. Lo hacen anualmente. El Apu lo registra en su cuaderno, pero queremos reglamentar mejor donde no hay registrador sólo el Apu con su junta directiva, espero que lo estén haciendo. Pero ahora le estamos enviando los registradores en forma permanente y los registradores de comunidades están siendo capacitados. Esos registradores son gente gratuita de cada comunidad, hay como 12 y cada uno tiene un sector, pero si no tienen movilidad no van, ese es el problema. Pero eso te estoy contando de las comunidades que quedan en la orilla del río, pero hay problemas donde hay que caminar... el registrador va a programar esas salidas, porque hay cientos de peruanos que no están registrados y no se benefician de los programas.

Alcalde de Río Santiago

- El subregistro también está limitado por factores económicos, es decir, los registradores comunitarios no son remunerados y no cuentan con movilidad o recursos para movilizarse.

Las que están más alejadas no tienen vaso de leche. No se necesita certificado de defunción para enterrarlo. Si se muere alguien aunque no sea un niño pasa lo mismo, si se vive lejos no se registra, es un tema de distancia. Es una cosa de costumbre que poco a poco se está sensibilizando. Pero ellos dicen si saco para que me sirva. Si una persona vive lejísimo y se muere un familiar para que lo va a registrar, de que sirve?, si tengo que gastar tiempo y dinero, no voy a remar 5 días para registrar la muerte. Hay problema en la remuneración de registradores, este año no les pude dar ni un centavo pero para el próximo año siquiera apoyarlos en algo... además quien los supervisa?. Tenemos que mejorar las deficiencias

que tenemos, pero tenemos esperanzas. Saber cuantos somos, cuantos quedamos, quienes nacen y quienes mueren.

Alcalde de Río Santiago

- Por otro lado, se ha hecho alusión a prácticas de infanticidio, muertes que generalmente no son registradas.

Hubo acá un caso que nacía el bebe, dicen que salio vivo pero al toque lo mataron. Lo matan sus hermanas, hermanos, mandan: no queremos al bebe. Esa es una práctica que se hace aquí. No son de las señoras si no de las señoritas.. Salen embarazadas y el padre no quiere que la hija tenga el hijo. El familiar toma el acuerdo de que el niño no debe vivir y lo matan.

La jovencita sale embarazada pero los papas no quieren que se junten. No lo quieren porque significa que van a tener que juntarse. Le quitan la vida porque son estudiantes y son menores de edad y los padres no aceptan la unión, muy pronto, entonces se rechaza... para que vas a tener el bebe de ese señor, de esa familia... y lo matan. Hay bastante aborto con vegetales le hacen tomar lentamente, pero cuando no se ha podido abortar sigue el embarazo y luego se encarga la familia, la gente mayor... la mama atiende el parto y después dicen que se ha muerto... y muchas veces no dicen ya no hacen conocer y lo entierran.; parece mentira pero a esas jóvenes no se les ve embarazadas, le apretan la barriga...ese es el maltrato... incluso hay niños que mueren precisamente por eso. Hay casos que nadie se entera. Nadie se da cuenta de que está embarazada, ya los últimos meses no salen... dicen que está enferma y tienen el bebe y lo mataron, dicen que nació muerto.

Apu de Galilea

V

Percepciones y Valoración de la Muerte Neonatal



V. PERCEPCIONES Y VALORACIÓN DE LA MUERTE NEONATAL

En esta sección se presenta la descripción y el análisis de los casos de muerte neonatal seleccionados en la provincia de Grau y Condorcanqui, a partir de la aplicación de la técnica de autopsias verbales.

La investigación cualitativa representa una estrategia metodológica adecuada cuando el problema bajo estudio es complejo y multidimensional y cuando existen pocos trabajos previos. Permite explorar diversas posibilidades y lograr una primera aproximación al fenómeno de interés, en este caso, la muerte neonatal. Para ello se ha recogido la visión de los propios actores y los significados que para ellos tiene el problema bajo estudio¹⁶.

5.1. Provincia de Grau – Apurímac

Caso 1: Neonato nacido y fallecido en establecimiento de salud

Entorno social y familiar del recién nacido

Sandra, de 19 años, perdió a su hija de tres días de nacida, producto de su primer embarazo. Recibió el consuelo de Dora, su madre, quien refiere haber tenido gran ilusión por el nacimiento de su nueva nieta, la primera de su hija menor.

La hermana mayor cuenta que la familia no se enteró del embarazo de Sandra, sino hasta después de por lo menos cinco meses, y que por exigencia del hermano mayor, quien fue el primero en percatarse de la gestación, le impidieron a Sandra irse a la ciudad (Abancay), porque ahí estaría sola, sin nadie que vea por ella.

¹⁶ Anderson J. *Mujeres de Negro: La Muerte Materna en Zonas Rurales del Perú*, Estudio de Casos. Ministerio de Salud – Proyecto 2000, Lima, Perú 1999.

La familia (madre y hermanos) impidieron que Sandra se vaya del pueblo, cosa que pretendía hacer debido a la vergüenza que sentía por estar embarazada sin casarse y de un hombre desconocido en su ambiente social; le aconsejaron que tenga su hijo y le ofrecieron apoyo incondicional; le recomendaron que avise al padre y que asista a sus controles en el Centro de Salud.

Gestación

Dora afirma que Sandra tuvo controles regulares en el Centro de Salud cercano a su vivienda, por lo menos una vez al mes, desde que se supo de su embarazo; también menciona el trato descortés que recibió de una de las obstetras con quien evitó atenderse... afortunadamente hubieron otras que la trataban bien, de quienes prefirió recibir la atención prenatal.

El embarazo de Sandra no tuvo ningún problema, yo le ayudaba sin ningún reproche, la cuidaba, le daba de comer, no le dejaba hacer nada, así estaba tranquila mi hija. La única hija nomás ya me quedaba

Dora, madre de Sandra

En el Centro de Salud le recomendaron cuidar su dieta y consumir alimentos nutritivos. Cómo Sandra no se controló el embarazo desde el principio, la obstetra que la recibió por primera vez se molestó y no quiso asegurarla en el Seguro Integral de Salud (SIS) por haber acudido recién a partir del quinto mes.

Este evento afectó a Sandra, quien, según la madre, estuvo muy avergonzada a raíz del reproche recibido por la obstetra, la que además de criticarla por haber asistido al establecimiento en etapa avanzada de la gestación, hizo alusiones negativas sobre su vida personal, razones por las que decidió no regresar al Centro de Salud. Sin embargo, a insistencia de su madre y hermana, volvió a su atención prenatal, frente a la advertencia de que tendría que pagar por el parto, por el certificado y la partida de nacimiento.

Parto

Dora cuenta que las contracciones uterinas se iniciaron en la tarde y que progresivamente se hicieron más intensas durante la noche, por lo que decidieron acudir al Hospital de Chuquibambilla. Sandra sufrió los dolores del parto hasta las cuatro de la madrugada, hora en que se produjo el nacimiento de su primera hija.

Cerca de la amanecida, cerca a las cuatro de la mañana ya nadie estaba, yo nomás estaba, el señor Jorge estaba de guardia, entonces como ya es de edad, siempre ocurre lo que pasa en estos casos...siempre recomiendan al pariente, "si tiene ganas de hacer el dos me pasas la voz", no es así también, no?, si uno está de guardia debe estar controlando, no?, debe estar mirando lo que es el trabajo de parto, no?, sin embargo a ultima hora a último momento quieren que se les pase la voz... totalmente estaba ya mi hija ya, solamente estaba él y la médica, que estaba de guardia, nadie más.

Dora, madre de Sandra

Sandra fue atendida por una médica serumista, quien le hizo un corte para facilitar la salida de la cabeza del recién nacido; Dora afirma que la niña nació sin sangre, que recién después del alumbramiento se produjo el sangrado.

Al tercer día de hospitalización, la abuela preguntó a través de una de sus nietas, si podía llevarse a su hija a casa porque se quejaba del intenso frío del Hospital. La enfermera responsable accedió a firmar el alta, alegando que como vivían cerca, el personal iría a visitarla al día siguiente a su casa.

Cuando ha nacido no lo han bañado, nadie lo han bañado, solamente con el Sr. Jorge la hemos limpiado y pasado con trapo con el señor Jorge nada más, y la hemos envuelto y estaba bonitita mi wawita, la hemos vestido nada más, la hemos puesta a la cama a lado de su madre. Tranquilita estaba mi bebe en ese rato, y estaba lactando mi niño. Dos días estaba lactando

Dora, madre de Sandra

El momento de la muerte del recién nacido

Después que Dora y su bebe fueron dadas de alta, el personal de salud acudió a visitarlas a su casa al día siguiente. La abuela y la madre de la bebe atribuyen la desmejora de la recién nacida a la forma como fue evaluada.

Cuando estaba de tres días de nacida, a las 8 de la mañana llegaron las chicas practicantes, han llevado para pesar dice en la balancita, las chicas practicantes, practicantes dicen, no enfermeras. Dos dice practicantes eran, esas han llevado y la habían pesando tapando con su pañal nomás, lo habían envuelto sin vestir todo habían sacado su ropita calatita nomás, han pesado y así lo han llevado en un pañal nomás

Dora, madre de Sandra

Los familiares de Dora narran con gran convicción la razón por que ellos creen que la bebe se enfermó y no se recuperó. Consideran que la causa fue el enfriamiento porque la bebe no estuvo tapada.

Yo digo, viento le han hecho pasar, porque nosotros cuando damos parto, yo tengo 10 hijos, entonces cuando nosotros bien tapadito?, a la bebe tienes que ponerle al bebe su qumpu, con cualquier pelito así, entonces, a la wawita ya no le pasa nada.

Dora, madre de Sandra

En cuanto a la forma de contrarrestar este mal del frío, se hace referencia al qumpu, que consiste en quemar hojas de coca con otros desperdicios, al humo que se desprende se le atribuye un poder curativo; al qumpu se le puede agregar frotaciones con creso o alcohol. Obviamente este procedimiento no se practica en los establecimientos de salud, razón por la cual los familiares afirman que esta fue la causa de la muerte del bebe.

El qumpu, eso es pues, se ponen con chamam, coquitas, así, con esa basuritas de la calle, así se juntan cuando nosotros damos parto, entonces de ahicito te pone en un fogón, la tostadera ahí esta humeando, pues, esta humeando pues, eso humo es para que no te pase viento, o sino se pasa con creso por acacito así a la bebe, y a su mama también, se le pasa por la nariz, o alcohol también, entonces ya no te da viento con esito.

Dora, madre de Sandra

Los síntomas del mal de viento se caracterizan por vómitos, dolor de cabeza y malestar general. Y si esto sucede y no se recibe tratamiento el paciente se puede morir. Para el caso de los recién nacidos, cuando les da este mal, dicen que se ponen morados antes de morir.

En este caso, tanto la abuela como la madre atribuyen la complicación y muerte de la bebita a la forma del examen clínico que practicaron las estudiantes de enfermería durante la visita domiciliaria.

Por eso yo dije esas practicantes me lo han matado a mi wawita, por no saber lo han matado al caletearlo para pesar, allí siempre lo han hecho pasar con el viento.

Sandra, madre de la niña

Eso todavía me dice el señor fiscal, que habrás hecho tú por no querer ver a tu nietecita. Yo cuanto lloro señor Fiscal, le dije, para tener a mi nieta con brazos abiertos yo la he atendido, yo me hecho nacer, esas practicantes son los que lo han matado a mi nietita, le digo al Fiscal.

Dora, madre de Sandra

Se dieron cuenta que la wawita estaba grave hacia las cuatro de la mañana, porque lloraba y no lactaba. Esperaron el amanecer y entonces la llevaron al Hospital, donde falleció al poco tiempo de haber llegado.

Así nomás ya lloraba, no lactaba ya no lactaba, total, ya amaneció las 5 de la mañana, así ya nomás total, recién corrimos, vamos a llevar al hospital, mas bien no te hubiera traído del Hospital, así hubieras estado, me he lamentado siempre de haber traído, pero la enfermera me ha dicho llévale nomás ya pues. La enfermera hizo que le den de alta.

Dora, madre de Sandra

La abuela de la recién nacida fallecida expreso su arrepentimiento por haber solicitado el alta (cuando su hija pidió regresar a su casa porque tenía mucho frío) pero también reconoce que fue la enfermera la que finalmente autorizo su salida.

Recibieron atención inmediata para la bebe, pero sin conseguir mejoría, y hubieron quejas, insultos y aseveraciones responsabilizando a la madre por la muerte de la recién nacida.

Y lo han atendido rápido, estaban hay y le pusieron con luz eso todavía le han puesto, le habrá pasado frío, no lo habrás lactado, lo habrás apachurrado todavía le han insultado, le ha dicho esas señoritas de las enfermeras, le han dicho: "lo ha matado a su hija, claro

pues tenia que matar, .. "eso dijo la Señora Nancy dijo: "Esa chola lo había matado a su hijo, diciendo".

El personal de salud del establecimiento, intentó estabilizar a la recién nacida colocándola en la incubadora y haciéndole reanimación, pero ya no respondió, falleciendo a los pocos minutos de haber llegado al hospital.

En cuanto a la entrega y el traslado del cuerpo, la abuela refiere que la enfermera solicitó una caja de galletas para entregar el cadáver de la pequeña, y sugirió que la trasladen en esta caja, de manera que no tengan que realizar ningún trámite de registro en el Hospital. Además, agregó que esta era la forma de proceder con las muertes de los recién nacidos en este Hospital desde hace dos o tres años.

Causas culturales de la muerte

Entre las causas mas frecuentes de enfermedad y muerte en los recién nacidos en esta zona, está la asfixia o la enfermedad del viento, luego la diarrea y vómitos y dolor tipo cólico. Para evitar estos últimos síntomas, las creencias de la comunidad recomiendan no comer repollo o comidas frías porque estos pueden pasar por la leche y producir cólicos al bebe.

Valoración de la muerte

Al día siguiente, después de la autopsia de ley, procedieron a velar a la recién nacida fallecida; y luego al otro día, se realizó el entierro. La costumbre es enterrar a los niños después de las seis de la tarde, durante la noche. La enterraron en un cajoncito blanco, acompañada por la familia y por algunas niñas y niños de la comunidad, quienes asistieron al funeral con sus velas prendidas y rezando mientras caminaban al cementerio.

Después del entierro se realizó una comida familiar para recordar esta ocasión.

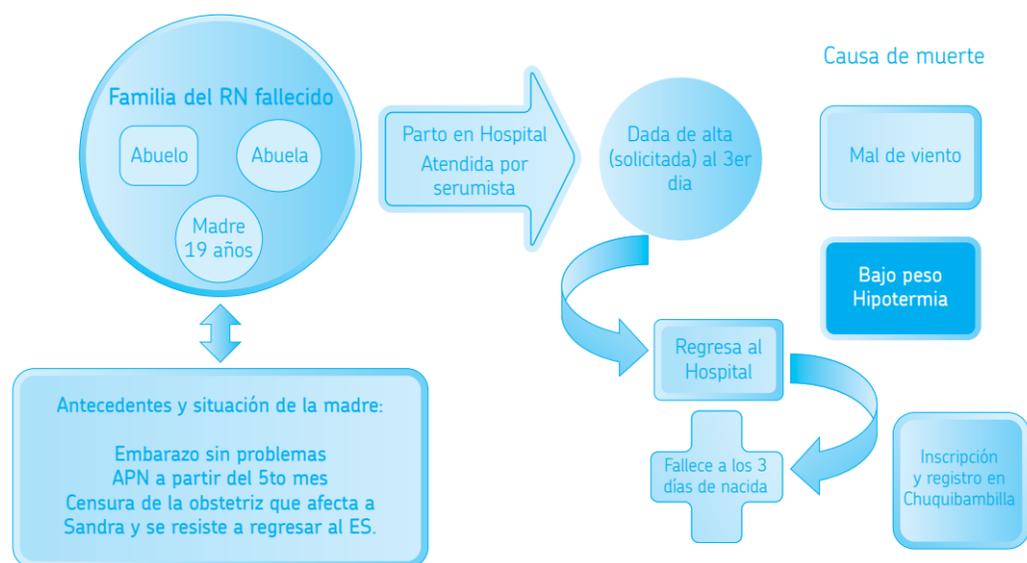
El abuelo manifiesta una gran pena por la pérdida de su nieta, la que hubiera sido su compañía y apoyo para el futuro. La abuela hizo referencia a la tenencia de todo el ajuar de la bebe. Su hija, se fue después de este episodio y ya no quiere volver. Sólo se comunica con ella por teléfono y actualmente esta trabajando en una fabrica en Abancay, como vendedora.

El entierro del niño

La inscripción y registro de la muerte se realizó en el distrito de Chuquibambilla. El trámite fue mucho más fácil que otros, porque el abuelo materno trabaja en la municipalidad.

En el Gráfico N° 15 se resume la historia del caso.

gráfico N° 15
Neonato nacido y fallecido en establecimiento de salud
Provincia de Grau



Fuente: Elaboración del estudio

Caso 2: Neonato nacido en establecimiento de salud y fallecido en comunidad

Entorno social y familiar del recién nacido

Aurelia, la madre de Natali (recién nacida fallecida) es de la comunidad de Qasanqa que pertenece a Vilcabamba en la provincia de Grau y su esposo es de Siukancha.

Aurelia no recuerda los detalles de la muerte de su hija porque ha pasado mucho tiempo. Si no hubiera fallecido tendría más o menos tres años, porque era mayor que la hijita de dos años la acompaña durante la entrevista. Actualmente ella tiene 5 hijos.

Gestación

Aurelia refiere que cuando estuvo embarazada de la hija que falleció, fue a controlarse varias veces al Centro de Salud de Progreso; recuerda que le recetaron pastillas de hierro porque estaba anémica.

Señala que últimamente acude a la posta de salud para controlar sus embarazos porque el gobierno ha ordenado la obligatoriedad de dar a luz en la posta. Por lo tanto, ya no esta

permitido que den a luz en sus casas. El problema para Aurelia, es que el personal de salud cambia constantemente y ya no está el doctor ni la enfermera que la atendieron anteriormente. Refiere que el parto de sus hijos mayores fue atendido en su casa, ayudada por familiares, y que es a partir de su hija fallecida se ha atendido en el puesto de salud. Por lo tanto, ha tenido tres partos institucionales y tres domiciliarios.

Parto

El parto de Aurelia fue atendido en el centro de salud por médico y obstetra, acompañada por el esposo.

Mi wawita nació con menos pesito, aquí estuve bastante tiempo (en la posta), así aquí se ha muerto también, de aquí me lo llevé a enterrar. Nació con menos peso, kilo 800 así nomás.
Aurelia, madre de Natali

En cuanto al momento del parto, la madre refiere que no se presentaron complicaciones y que pusieron a la niña en la incubadora inmediatamente porque tenía bajo peso.

Debido al bajo peso, ella fue dada de alta al tercer día, pero la recién nacida se quedó hospitalizada por 18 días. Sin embargo, la madre permanecía casi todo el día en el centro de salud, solo salía para almorzar y regresaba por la tarde y se quedaba a dormir en el establecimiento para darle de lactar a la bebita.

El momento de la muerte del recién nacido

Cuando le dieron de alta, la madre llevó a la niña a su casa. Fue entonces que la bebe falleció.

No me soltaron por que tenía menos pesito, de mañana me iba a comer y por la tarde a dormir regresaba, la wawita se quedaba nomás no salía. Después ya esta me lo llevaba a mi casa y con ella en la mañanita salía y por la tarde a dormir lo así regresar aquí a la wawita, así estaba durante 18 días, nació, por eso por lo que tenía menos pesito no se quedaba en mi casa. Después cuando ya me soltaron después de 18 días mi wawita se murió.

Aurelia, madre de Natali

La recién nacida falleció de noche, mientras estaba lactando. Refiere la madre que ella se quedó dormida profundamente y cuando despertó, después de haber estado dándole de lactar, sintió que su hija ya no tenía vida.

Mi wawita ha muerto de noche, estuve lactando así para cuando la toqué ya no estaba (con vida), ya se había muerto, como seco me había dormido, ese rato sería pues las tres de la mañana así.

Aurelia, madre de Natali

Causas culturales de la muerte

La explicación que da Aurelia al nacimiento de su bebe con bajo peso, que aparentemente fue la causa de la muerte, es la situación de desempleo de su esposo, que la obligó a compartir faenas de mayor esfuerzo físico. Tuvo que cargar leña y bosta porque en ese tiempo no tenían animales y ella tenía que compartir el trabajo con su esposo.

Sin embargo, según la opinión del fiscal y los policías que fueron convocados al establecimiento para verificar la muerte de la recién nacida, así como por el resultado de la autopsia de ley, la madre habría asfixiado a la bebe en el proceso de la lactancia, versión que ella no acepta porque dice que ella solo se quedó dormida.

Mi wawita no se ha enfermado propiamente, con menos pesito nació así es que eso nomás era, y yo me había dormido eso nomás me dijeron se había asfixiado, ... se había asfixiado me dijeron.

Aurelia, madre de Natali

La madre refiere que la niña murió en la casa y luego la llevó muerta al centro de salud. En la autopsia, a la cual solo asistió el padre de la bebe, no se encontró otra causa que la asfixia. La madre no quiso asistir a la autopsia porque estaba muy sentida, menciona que se quedó en su casa llorando.

Valoración de la muerte

Al entierro solo asistieron los padres y una vecina. No la enterraron en ataúd, solo la colocaron en una cajita de cartón, después de vestirla con sus ropitas. El entierro se realizó a las 9 p.m. de la noche. La enterraron en el cementerio de Progreso y luego regresaron a su casa.

De ese mi wawita he llorado bastante, he sentido demasiado, cuando lo enterramos hemos regresado a mi casa los tres nomás con esa señora más. Esas wawitas se van al cielo, como no tiene nada que hayan hecho entonces se van únicamente al cielo

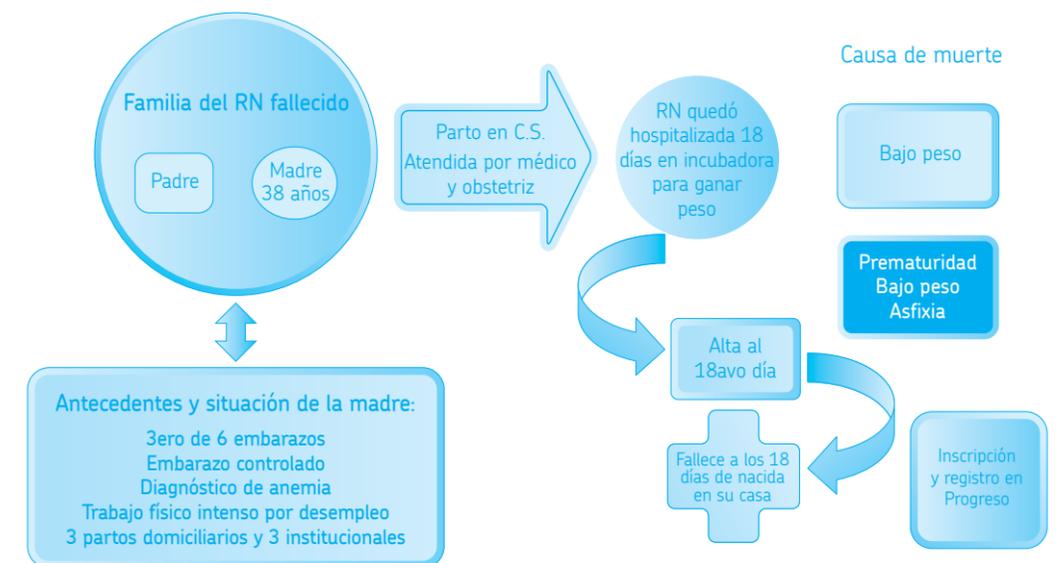
Aurelia, madre de Natali

La situación del entierro durante la noche, es una constante para el sepelio de los recién nacidos de esta zona. La justificación es la condición de aparente santidad de los niños que al no haber tenido tiempo de ser bautizados y/o de pecar, no requieren o no pueden ser enterrados a la luz del día y por eso este proceso se realiza a partir del atardecer.

El entierro del niño

La madre comentó que la muerte de su hija había sido registrada con el certificado de defunción en la Municipalidad de la comunidad de Progreso.

Gráfico N° 16
Neonato nacido en establecimiento de salud y muerto en la comunidad
Provincia de Grau



Fuente: Elaboración del estudio

Caso 3: Neonato nacido en comunidad y fallecido en establecimiento de salud

Entorno social y familiar del recién nacido

Paulina (entrevistada) tiene 40 años, su esposo 44 años, ambos están viviendo desde hace 25 años en el distrito de Ayrihuanca en la Provincia de Grau.

Gestación

La entrevista no registra información sobre el embarazo actual o los anteriores y no menciona la experiencia de controles prenatales.

Sólo menciona la muerte por accidente de una de sus hijas, cuando tenía 13 años cumplidos, evento que sucedió hace dos años, cuando su hija se trasladaba desde Chuquibambilla a su comunidad en el carro de la municipalidad.

En cuanto a la pérdida de su bebe, refiere que esto sucedió hace un año. Hasta la fecha conservan su ropa y recuerdan con mucha tristeza este episodio, más aún reconociendo que su hijo era varón. La preferencia por el hijo varón fue explícita.

Esa mi wawita era varoncito, yo quería a mi wawita varoncito y he llorado triste, uno de mis hijitos nomás es varoncito, por lo que era varoncito estaba muy feliz, en eso me ha pasado todo esto.

Paulina, madre del fallecido

Parto

El parto de Paulina sucedió en su estancia, en Agarana, una comunidad situada en las alturas de Arihuanca, donde ella tiene sus animales. Ella estaba sola y se cayó mientras estaba pastoreando. Este accidente indujo el parto. Su esposo no pudo acompañarla porque estaba realizando el cultivo temprano de las papas.

En la altura me agarró los dolores para dar a luz, me caí al suelo, eso nomás me hizo alumbrar. Tengo mi estancita en esa altura, su nombre es Aqarana esa es mi estancita, ahí están mis animalitos a eso me fui, y aquí abajo nos hacemos papitas mawaysitos [cultivo temprano con riego], con eso mi esposo no pudo subir, en eso nomás tras de las ovejas, tras de los animalitos cuando me caí eso me ha pasado.

Paulina, madre del fallecido

La entrevistada refiere que en el tiempo que dio a luz, solo había atención por un técnico sanitario. Sin embargo, fue un practicante el que fue a verla en las alturas y le recomendó que se quejara en Vilcabamba para que le llamen la atención al técnico sanitario por no haber estado disponible.

Yo solita me he enfermado, para mi esposo también una comisión he mandado después ya subió, así con mi wawita ya le esperé, solita estaba, no me han atendido nadie. En eso me ha pasado así señor.

Paulina, madre del fallecido

El único personal de salud que Paulina encontró en Arihuanca fue un practicante. Ella refiere haber buscado atención en el puesto de salud en dos oportunidades. Tenía que caminar durante por lo menos media hora, pero si caminaba lento podría tomarle más tiempo para llegar al establecimiento.

Entonces fui, tardecita ya llegué con esta criaturita, a la una o las dos ya serían. A la una seguro que llegué, entonces no se la una será descanso no cierto: "hora de descanso es" diciendo me dijo. Yo ya estaba en estado ahí fui ha hacerme controlar y no me quiso atender "hura exacta regresas" me dijo.

Paulina, madre del fallecido

Paulina comenta que regresó al establecimiento varias veces en busca de atención para su hijo, pero que la recibió, ya sea porque la citaban a otras horas o porque la hacían esperar en vano.

Cómo voy a estar regresando desde aquí a cada rato, planificando o disponiendo el tiempo nomás podemos entrar desde aquí a la población, así no me atienden, una vez también fui en... a Limaquju y nos hemos pasado en la carretera, "joven estoy viniendo a la posta" de dije, entonces él me respondió "ahorita regreso, me esperan en el pueblo" me ha dicho, entonces casi una hora he esperado, entonces otra vez yo me he regresado. Entonces después yo no he ido, ya no he ido yo, no he ido, como no me quiere atender entonces, así no más ya."

Paulina, madre del fallecido

Ella recuerda la recomendación del sanitario, quien le dijo que no debía bañar a la bebe porque le podía dar bronconeumonía.

El momento de la muerte del recién nacido

Posteriormente, estando en su domicilio el técnico fue a visitarla, encontrando que el ombligo del recién nacido estaba en mal estado y de color morado. Paulina es consciente que como no tuvo apoyo para dar a luz, ella sólo cortó el cordón con una tijera y esta podría ser la explicación del mal estado del ombligo.

Fue derivada al Centro de salud de Vilcabamba, en donde tuvo una nueva experiencia de demora y falta de atención hasta que se decidió su traslado al hospital.

La madre refiere que el recién nacido tenía el vientre hinchado, estaba irritado y ya no lactaba. Sin embargo, nuevamente ella tuvo que esperar varias horas, sin recibir ningún tipo de atención en el C.S. Vilcabamba, hasta que el médico fue sensible a su llanto y suplicas, la examinó y determinó la necesidad de su traslado al Hospital de Abancay.

En Vilcabamba o le han dado nada, allí han demorado, allí habían pacientes enfermos allí me han demorado, el doctor, fácilmente no me ha atendido, ni medicina ni calmantitos no nos han dado nada, solo a un cuarto junto con internados me han colocado, allí estoy llorando, no, ni por favor nada, me estoy pidiendo auxilio, nada, por favor cualquier cosita, aun cuando sea calmantito dénmelo, su barriguita de mi wawa se hinchó, y no mamaba (lactaba), ay, ay, ay, ay, diciendo no quiso mamar (lactar). Solo gemidos no más le agarró

Paulina, madre del fallecido

Una vez que llegaron al hospital de Abancay, trasladaron al recién nacido inmediatamente a una incubadora para continuar el viaje al Hospital de Cusco, argumentando que ahí su hijo podría ser operado y que esta era la única solución para salvarle la vida.

Solo cuando ya lloré bastante y fuerte el doctor, cuando lloré y le rogué bastante, así a Abancay me despachó, como a la una ó dos, como a las dos de la tarde ya. Después cuando hice llegar a Abancay, en Abancay al toque me lo han puesto en, creo cuna, o incubadora, eso había sido como patrullerito, así había sido, ahicito poniendo ya no nos dejaron. Después a Cusco de voy

a llevar, cuando llegue a Cusco nos dijeron cuando le lloré, si llega a Cusco entonces habrá operación con eso vivirá tu wawa así nos dijo.

Paulina, madre del fallecido

La muerte del bebe se produjo camino a Cusco, a la altura del puente Kunyay; luego decidieron regresar a Abancay.

Causas culturales de la muerte

El diagnóstico que le dieron fue *infección*.

Mi wawa dice estaba enfermo de infección, infección me dijo con eso ha muerto. Con la fuerza que hiciste eso por su ombligo ha entrado la infección diciendo, de lo que has hecho fuerza, de lo que te has caído, de los golpes. Claro yo hago fuerza en estas alturas, en estos campos. Hacemos pudiendo no pudiendo en eso me han dicho, no se como será yo no se.

Paulina, madre del fallecido

El entierro del niño

La inscripción y registro de la muerte la realizaron en Abancay, lugar donde también se realizó el entierro. El entierro fue a las 6 de la tarde, al caer la noche, porque esta es una costumbre con los recién nacidos fallecidos en esta zona.

Hay una costumbre en el entierro de las wawitas, no sé como será eso, pero dicen que solamente de noche se puede enterrar a las wawitas, porque como paloma blanca la wawita se va volando eso dicen así, así por eso solamente por las noches hay que enterrar a las wawitas, pidiendo así una ordencita al anochecer se entierra no cierto, no de día, con velitas acompañan las criaturitas, con florcitas con velitas, así nomás, se entierra en un cajoncito, en Abancay nos dieron un cajoncito de color blanco, un cajoncito blanco nos dieron en Abancay en así lo hemos enterrado.

Paulina, madre del fallecido

El vestido que le ponen al bebe fallecido es de color blanco, igual que el cajón. Esta costumbre responde a la creencia de que el recién nacido muerto es como una palomita blanca y pura que se va directamente al cielo.

Gráfico N° 17
Neonato nacido en comunidad y fallecido en establecimiento de salud
Provincia de Grau



Fuente: Elaboración del estudio

Caso 4: Neonato nacido y fallecido en comunidad

Entorno social y familiar del recién nacido

Rosa de 27 años, es la madre del recién nacido identificado para el caso. Fue ubicada en su domicilio por indicaciones del personal de salud y de su esposo. Ella es natural de Siucancha, en las afueras de Progreso; actualmente reside en la comunidad de Qasanqa, en casa de sus suegros. Esta casada con Valeriano de 35 años, comunero dedicado a la agricultura y ganadería en pequeña escala.

No era mi primer hijo, era ya el que seguía a dos, ahora hubiera tenido cuatro hijitos, por que tres wawitas están con vida. Hubiera tenido cuatro hijos si Didi no hubiera fallecido. Hora estoy con tres wawitas, tres están viviendo este mi chiquito es después del que ha muerto ya.

Rosa, madre del Didi

Actualmente tiene tres hijos, ya que volvió a embarazarse después que falleció el tercero.

Gestación

Sus dos primeros partos fueron atendidos en el P.S. Progreso, ya que su vivienda está ubicada frente a este establecimiento de salud. Rosa refiere que cuando estuvo embarazada del niño que falleció, no se cuidó ni controló en el embarazo, como sí lo hizo después, en el siguiente embarazo. Actualmente va a la posta a cuidarse y le han administrado anticonceptivos inyectables para que *no tenga tantos hijos de forma obligatoria*.

Cuando estaba en estado de mi wawita que se murió no me he cuidado, ahora ya me cuido, en la posta de salud por la fuerza siempre nos han puesto esa ampolla, con esto ya no serás fecunda, fecunda eres tu, menuditos son tus hijitos y tu eres todavía menor de edad, cuántos hijos tendrás todavía cuando tengas treinta o treinta y cinco años, tendría doce, trece más hasta veinticinco wawas llegarías tu, diciendo por la fuerza me han colocado esa ampolla. Desde entonces me he cuidado, desde este mi chiquito me estoy cuidando (señala a un niño muy pequeño), este es el que le sigue al que ha muerto.

Rosa, madre del Didi

El tercer parto fue en su casa y la madre refiere que sólo tenía bajo peso, igual que sus otros hijos, que también nacieron con poco peso porque eran muy seguidos.

Mi wawita que se ha muerto no tenía nada, solo era de menos pesito, mis chiquitos, todas mis wawitas nacieron con menos pesito siempre, de eso me dijeron, porque son muy seguiditos son de menos pesito.

Rosa, madre del Didi

Parto

La entrevistada refiere que sus otros partos fueron atendidos por el técnico sanitario en su domicilio. Sin embargo, para el caso de su tercer parto, se resbaló y sufrió una caída y dio a luz en su casa.

Entonces en mi casa nomás me he enfermado, con sufrimiento siempre me enfermo, ese sanitario o enfermero nomás me ha ayudado, mi mamá también no acierta solo me jalona así nomás.

Rosa, madre del Didi

El momento de la muerte del recién nacido

El recién nacido fue llevado al establecimiento de salud porque no se le veía bien, donde le indicaron una transferencia al Hospital de Abancay. Ahí estuvo hospitalizado durante casi cuatro semanas, mantenido en una incubadora y esperando que recupere su peso normal. Le dieron de alta al mes de internamiento, falleciendo al día siguiente del alta.

Mal estarías diciendo me llevaron a Abancay, en Abancay mi wawita aun estaba con vida un mes estuve y mi wawita estaba internado dentro de la incubadora, de allí de alta nos dió aun no completando su pesito. Cuando nos dieron de alta así hemos llegado aquí (a su casa), y como para la mañana siguiente se ha muerto, como hoy día hubiéramos llegado no cierto, como mañana se ha muerto.

Mi wawita era sietemesino, todavía no era completo su pesito así el parto se adelantó no se como será pues eso, eso era, como ahora en tiempo de lluvia me resbalé así al suelo me caí de eso nomás me paso eso

En Abancay he vivido todo un mes completo. Cuando su pesito empezó a recuperar nos dió de alta. Así como ahora he llegado y para mañana se ha muerto. Por esa mi wawita ha vivido todo un mes o más dentro de la incubadora desnudito.

Rosa, madre del Didi

Causas culturales de la muerte

La madre desconoce la causa de la muerte de su hijo, y no obstante que el fallecimiento se produce fuera del establecimiento de salud, ella siente que los médicos no acertaron con el mal y que son responsables de su muerte. Además, ella rechaza la asfixia como causa de muerte del bebe, y niega que ella se halla quedado dormida sobre su bebe.

Los médicos me dijeron lo habías asfixiado me dijeron, pero no tenía nada normal esta único el viento, de repente no ha acertado lo que el viento lo ha podido agarrar, viento me dijeron yo nomás digo que los médicos no han acertado eso, no entienden eso, eso los médicos me dijeron se había asfixiado diciendo. Seguro somnoliento estuve a la wawita lactando, como en abajo en Abancay no he dormido normal, las noches me pasaba sentadita nomás, así cuando llegué seco me habré dormido, así con mis senos lo habré, no lo he notado, seco me había dormido, así para cuando desperté al amanecer se había muerto, a que hora pues se haya muerto no había notado. Mi wawita estaba lactando su boquita también en mis senos estaba. Entonces no cierto como en abajo (Abancay) así, por lo que los enfermeros me decían levántate, siéntate, cuida, diciendo no durmiendo me había dormido.

Rosa, madre del Didi

Cuando la madre descubre que su hijo estaba muerto, despierta al esposo quien acude a las autoridades para que constaten el fallecimiento y den cuenta del suceso al establecimiento de salud, en este caso al Centro de Vilcabamba para que realicen la autopsia de ley.

No he mirado la autopsia, no se han confiado, yo no he querido que se haga autopsia, por la fuerza siempre de hacer lo hicieron. Yo no quería que se haga. Pequeñito, asisito nomás era, no era, esto, grande. Cuando mi wawita ya estaba muerto se volvió azul todo su cuerpecito, así ya esta se lo han tapado ya no quisieron que lo vea el gobernador hasta que venga el puesto, hasta que hagan la autopsia. Eso había sido "levantamiento de cadáver" coma había sido? Eso se hizo para eso vino del centro de salud, ellos hicieron eso

Rosa, madre del Didi

Valoración de la muerte

En cuanto al sexo del fallecido, la entrevistada confesó haber tenido mucha más pena porque su bebe había sido hombre.

Mucha pena he tenido por esa wawita, terriblemente he llorado casi hasta ataque me ha agarrado, en lo que estaba llorando, como son puras mujercitas mis wawitas, era pues varoncito esa mi wawita, así terriblemente he llorado. Cuando terriblemente lloraba los enfermeros me dijeron: "no llores vas a tener nomás hijito varón", cuando dijeron eso ya este mi chiquito es varoncito, con él me he consolado. Cuánto he gastado en ese mi hijito, en pampers nomás todavía.
Rosa, madre del Didi

El entierro del niño

La madre refiere que el bebe no estaba inscrito y que tampoco habían gestionado el certificado. Como el fallecimiento se produce en Abancay, ella supone que los papeles se quedaron en ese lugar. Además fue su esposo que se encargó de hacer todos los tramites.

Mi esposo fue a gestionar, esa mi wawita no estaba inscrito es mi wawita, no estaba con certificado, así nomás se quedó, como estuve en Abancay, de repente en Abancay seguro esta no cierto así en esos (Señala los papeles y formularios que tengo en la mano).

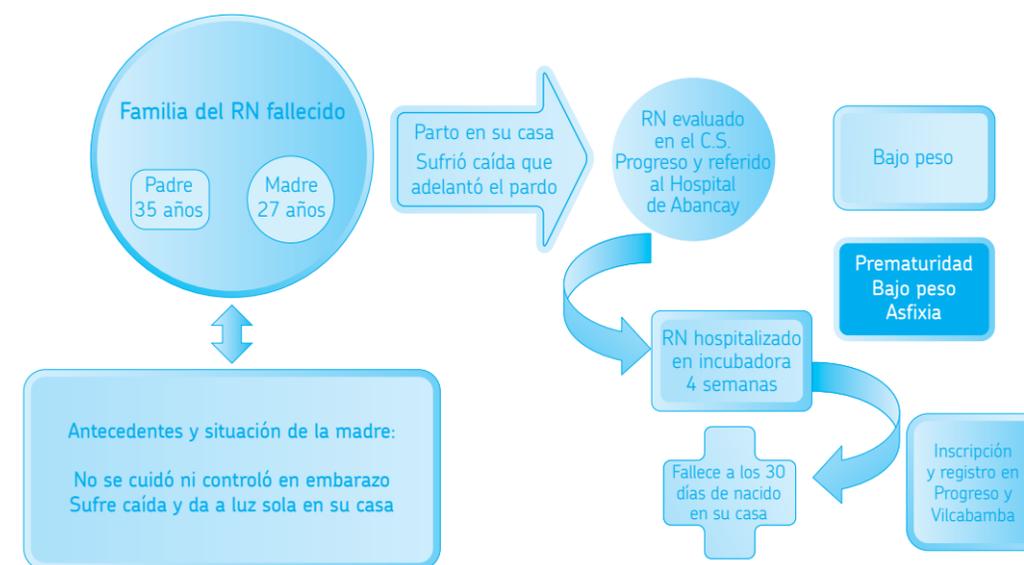
Rosa, madre del Didi

El velorio y el entierro fueron organizados por Rosa y su esposo. Eligieron padrinos del fallecido para realizar la ceremonia del bautizo, que celebran untando agua bendita sin necesidad de invitar al cura. Lo velaron durante toda la noche y el entierro fue al día siguiente. El cajón era blanco y refieren que vistieron al bebe de blanco, le pusieron alas como si fuera un ángel. Adornaron el cajón con flores blancas y rojas y confeccionaron un aro pequeño alrededor de una cruz.

A la wawita ángel lo enterramos en la noche no de día, de noche siempre se entierra al ángel, 11 ó 12 de la noche, todos los enterramos, suplicándonos toda la comunidad ha venido. Todos siempre han venido, nos han visitado aquí, a ese entierro no van las wawitas solo los mayores nos han acompañado. Sea común lo enterramos. Donde hay campo hay lo enterramos.

Rosa, madre del Didi

Gráfico N° 18
Neonato nacido y muerto en comunidad
Provincia de Grau



Fuente: Elaboración del estudio

5.2. Provincia de Condorcanqui - Amazonas

Caso 1: Neonato nacido y fallecido en establecimiento de salud

Entorno social y familiar del recién nacido

NN era varón y nació en la Casa de Espera aledaña al Centro de Salud de Galilea, comunidad del distrito de Río Santiago. Su familia está integrada por tres personas: el padre, la madre y el hijo mayor, aunque en la vivienda viven los hermanos y cuñadas del padre. El padre es empleado de la Municipalidad de Río Santiago y la madre es ama de casa, él tiene 30 años y ella 26. Ella nació en Iquitos y él es de Río Santiago.

NN era el segundo hijo de Carmen, el primer hijo nació por cesárea en la ciudad de Iquitos. NN era un hijo muy esperado porque habían pasado 8 años desde el primer nacimiento.

Gestación

Durante el embarazo, Carmen acudió al Centro de Salud para realizar sus controles mensuales, fue atendida por la obstetrix, quien le daba recomendaciones acerca del cuidado de su salud. Ella seguía todas las recomendaciones.

Según lo que declara la obstetrix, se recomendó a la madre que una semana antes del parto acuda al Hospital de Bagua para ser atendida allí, incluso se le dio la referencia. Según ella *el feto era muy valioso* para la madre, porque después de 8 años de su primer hijo nuevamente estaba embarazada.

La obstetrix recomendó a Carmen que su hijo naciera por cesárea porque el feto no era compatible con su pelvis.

Bueno porque el feto es demasiado grande o sea, no era compatible con su pelvis

Nélida, obstetrix del C.S. Galilea

A las treinta semanas, cuenta el enfermero, se le detecta macrosonido fetal por lo que se le refiere a Nieva para la cesárea.

Y una de las causas también por la que se le hace la referencia es porque se le está detectando macrosonido fetal. Muy grande la cabeza, o sea que no iba a poder salir por parto normal. Eso ha sido también una de las causas. Era imposible la atención acá

Paulino, enfermero del C.S. Galilea

Tanto Carmen como su esposo conocen los cuidados que debe tener la mujer gestante, entre ellos alimentarse bien y no hacer trabajos pesados.

No hacer mucho peso, claro que trajinar sí, eso más me recomendó la obstetra que caminara bastante, más que todo no hacer mucho peso, más que todo

Carmen, madre del niño

...en primer lugar lo que yo tengo entendido es que esté más cómoda en cuanto a las labores, por eso yo no puedo faltarle, que tenga una alimentación adecuada, de acuerdo a las indicaciones que la obstetra le de a ella y también no esforzarse mucho para que pueda tener cuidado que no caiga en riesgo de un golpe...

Idelfonso, padre del niño

La costumbre de las mujeres indígenas de la zona es recibir los consejos de las mujeres que tienen más experiencia en los embarazos, para evitar que sus hijos salgan con defectos, pero Carmen no acudió a esas mujeres porque ella no es indígena y no tenía a su familia cerca para que la aconsejara.

...acá las costumbres que ellos tienen acá las mujeres que tiene esa experiencia siempre dicen que hay que tener mucho cuidado que a veces hay personas que tienen defectos dentro de sus embarazos, entonces tener que acudir allá y recibir indicaciones de gente con experiencia, entonces esas son las pequeñas indicaciones que siempre han dado a ella las madres de acá de esta comunidad...

Idelfonso, padre del niño

Como Carmen nació en Iquitos, la familia de su esposo era quien la apoyó durante el embarazo, especialmente las cuñadas, quienes le sugerían tomar algunos mates de hierba luisa. De otro lado, Idelfonso se preparó para el nacimiento de su nuevo hijo, ahorrando dinero para emplearlo en caso de una emergencia durante el parto. Además, esos ahorros también le sirvieron para complacer los *antojos* de su esposa durante la gestación porque la creencia es que si no se complacen esos antojos las mujeres pueden morir.

Cumplir con los antojos de la madre si no se podría morir; claro, o sea, mas que todo yo he tenido mis preparativos, tenerlo listo a cualquier emergencia de que el niño nazca defectuoso por que te dije que puede pasar; en ese caso yo siempre he tenido en cuenta como cualquier padre, tener por ahí un sencillito guardadito como para que, auxiliarlo...

Idelfonso, padre del niño

Parto

La mayoría de las mujeres de la zona dan a luz en sus casas y son atendidas por el esposo o la partera. En el caso de Carmen, cuando empezó el trabajo de parto, ella y su familia llamaron a la partera de la comunidad. Tanto la suegra como la partera la atendieron durante tres días.

A mi me llamó su esposo cuando ella estaba con dolores. Las cuatro de la tarde habría sido. Me fui a verle y me dijo que estaba con dolor de parto, yo me quedé ahí hasta que amanezca, cuidándola a ella pues

Marina, partera

...acá la mayoría del pueblo de Galilea siempre ha acudido a las parteras. Esas parteras son instruidas a través de lo que es un proyecto que hace UNICEF, a través eso hay muchas parteras que han sido formadas y la mayoría se han acudido a ellas y la mayoría han salido exitosas. Entonces acá también en el caso mío ha sido lo mismo pero, en vista de que ya no había esa esperanza de que mi esposa iba a tener un parto normal dijeron ellas mismas que se le lleve al Centro de Salud

Idelfonso, padre del niño

Según la partera, debido a que el trabajo de parto se prolongaba la partera recomendó trasladarla al Centro de Salud, sin embargo, Carmen y su esposo se negaron a ir.

Le digo a las cuatro, le digo a su esposo: hay que llevarla a la posta. No querían pues, ¡yo qué iba a hacer!, no querían. Les dije: ¡Vamos, vamos! Estás que botas líquido

Marina, partera

Carmen en cambio menciona que al darse cuenta que la partera no la estaba ayudando le pide a sus familiares que la lleven al centro de salud aprovechando un momento en que la partera la deja y sale fuera de la casa.

Yo te puedo atender, me decía ella. Yo confié en ella pues. Total no se pudo hacer nada. Incluso ella no estaba, me dejaba, vuelta venía. Aproveché cuando ella se fue, digo: no, no puedo acá, tengo que irme al centro. Me he ido, Yo solita con mi cuñada me he ido. Ni siquiera la parte me ha llevado

Carmen, madre del niño

El enfermero cuenta que el embarazo de Carmen no era deseado y por eso ella no quiso ir referida a Nieva. Efectivamente Carmen en el inicio de su embarazo va a atenderse en el C.S. de salud y refiere haber tomado pastillas abortivas, esto le da pie al enfermero a sospechar del deseo de Carmen de dar a luz en el establecimiento.

Una de las causas por las que no quiere irse referida es porque no quería tener al niño. Justamente porque no quería que viva su niño. Porque si se iba a Nieva, ahí en Nieva le iban a hacer cesárea, porque acá se le había dicho que por vía vaginal no, que era imposible sacarlo

Paulino, enfermero del C.S. Galilea

Carmen, además de hacerse ver con la obstetrix también iba con la partera y ella le dijo que no era necesario que sea cesareada nuevamente recibiendo un pago de parte de Carmen.

Y bueno, y ella como se iba también a que le vea la partera y la partera le dijo no, tu no eres para cesárea, seguramente que le ha dicho, tu no eres para cesárea, que tu hijito va nacer por la vagina. Parece que sí escuche que le había dicho la partera: ¡No! ¡Para qué te van a cortar nuevamente!, ¿no?, que yo sé que tu hijo va a nacer por vía vaginal. Entonces, le había dicho la señora: entonces para eso, si tú me haces dar a luz normal, entonces te voy a pagar. Porque eso también me enteré

Nélida, obstetrix

La señora Carmen cuenta que la gente de la comunidad comentaba junto con la partera que ella había ocasionado la muerte de su recién nacido.

Siempre me dicen: ¿es cierto que tú has matado a tu niño cerrando tus piernas? ¿Cómo voy a cerrar si el niño está afuera? No se puede cerrar, no se puede cerrar estando su cabeza afuera, ¿quién dijo eso? La partera decía así: la señora misma mató cerrando su pierna. En ese caso mi hijo hubiera nacido muerto, ¿cómo va a vivir doce horas?, le digo, no es así. Habla de envidiosa,

porque, todavía antes que criticarle a ella que ella deje de criticarme a mí porque le voy a decir sus verdades

Carmen, madre del niño

Finalmente, Carmen fue trasladada al establecimiento de salud por su familia y quedó alojada en la Casa de Espera, lugar construido por la comunidad aledaño al establecimiento de salud. En la Casa de Espera estuvo acompañada del esposo, la suegra y la abuelita del esposo.

El enfermero dijo que no se contaba con tiempo como para llevar a Carmen a Nieva como se había programado para realizarle la cesárea ya que llegó al momento del parto.

Porque ya llegó en el último momento del parto y si en ese momento se le refería ya por el camino de repente podría pasar otra cosa, de repente hasta fatal para la mamá. Porque además en la movilidad ya no se puede llevar más materiales y todo eso que se va a necesitar en ese momento y más personal

Paulino, enfermero del C.S. Galilea

Cuando llegaron los atendió el enfermero y un técnico, quienes le informaron que la obstetrix no se encontraba en Galilea. El médico del establecimiento instaló los materiales e instrumentos para el parto vertical y esperaron a que llegara el momento del parto. Sin embargo, el médico no se sentía cómodo ni seguro de la atención porque ese era el trabajo de la obstetrix.

No estaba la obstetra, el doctor estaba pero como dice él siempre ha hablado que cuando van señoras así que los atiende, que él no las puede tocar porque así parto lo ve la obstetra por eso quizás no tanto me han atendido; estaba yo con mi suegro, mi suegra, mi esposo, mi cuñada..

Idelfonso, padre del niño

Pasó la noche y en la madrugada ocurrió el parto, que fue atendido por el médico y el enfermero. Durante seis horas, la madre intentó que el niño naciera, pero sólo avizoraron la cabecita.

Si el niño no podía nacer rápido por que el doctor me decía que o sea, cuando yo tenía dolores yo pujaba y de ahí se me pasaba el dolor y de ahí, después me dijo, yo le digo por que no me levanta, me aprieta algo para que salga no me dijo, que venga otra vez el dolor para que otra vez pujes y el bebe estaba ahí, como decía el doctor esta parte esta afuera, la parte de acá delantera, como no me daba dolor ahí me tenía

Carmen, madre del niño

... desde las nueve de la noche, hasta las cuatro de la madrugada...a las nueve de la noche ya habíamos, ya el niño se había mostrado su cabecita

Idelfonso, padre del niño

A Carmela sólo le dijeron que el niño no podía salir y ella se sentía cansada de tanto pujar. Había pasado tres días en trabajo de parto. Al esposo le mencionaron que no dilataba. El

enfermero considera que Carmela no estaba realizando bien el trabajo de parto y que el niño era demasiado grande.

Decían que sí, que estaba ahí. Hasta que ya no podía hacer más mi señora y se retiró porque no había dilatación. Quizás ella decía que no había dilatación normal, que vamos a hacer lo dice ella que no es una obstetra. No conoce esto y solamente el doctor dijo que de el parto como pueda entonces...El enfermero decía que no había dilatación...

Idelfonso, padre del niño

...la señora no participaba mucho. No participaba, por más que se le exigía, por mas que se le daba orientación, consejería, no participaba. Más era lo que gritaba la señora, lo que gritaba. Entonces eso hizo que se prolongue mucho el trabajo de parto y el niño ya estaba en el canal vaginal, faltaba poco para que salga. Entonces eso hizo que su cabeza se alargue conforma a la abertura del canal todo eso, entonces adoptó otra forma ya

Paulino, enfermero del C.S. Galilea

La partera aconsejó al doctor que le haga un corte para que el niño pudiera salir pero el Doctor no accedió.

Le dije al doctor: doctor, auméntale, como salía su cabecita yo le decía: auméntale, doctor. No hacía caso, ¡yo qué iba a hacer! Yo decía: auméntale un poco, córtale para que salga la cabecita

Marina, partera

El enfermero opina que el niño nació flácido y sin respiración y ellos tuvieron que proporcionarle reanimación.

A la mala sacó el niño, salió planchado vivo nació el niño, vivo

Marina, partera

Ya pero al final, llego a dar a luz, salió con su cabecita bastante deformada, así, casi sin forma, nace con CAP, se le llama a eso

Paulino, enfermero del C.S. Galilea

La señora Carmen afirma que fue atendida por el Dr. Cesar y el Sr. Paulino.

El me dijo que el niño es bien grande. Entonces yo le dije que me cortara y q me haga puntos. Yo le dije que me haga puntos, incluso ahí estaba mi esposo también dijo que me ayudaran. No, no es necesario hacer puntos, es suficiente. De todas maneras el niño no nacía

Carmen, madre del niño

El momento de la muerte del recién nacido

Después que nació NN la madre sólo vio que el niño abría los ojos, pero no lo escuchó llorar. El médico tomó al niño y lo dejó en la cama y mencionó que el niño no respiraba. Pero la abuelita vio que el niño movía los labios, por eso lo tomó en sus brazos y le sopló la naricita. Fue en ese momento que el niño empezó a llorar.

Cuando salió el niño no lloraba no, solamente abrió sus ojitos. No lloraba nada, no lloró nada. Lo pusieron así boca abajo tampoco. Lo soplaron por su naricita, ahí recién despertó

Carmen, madre del niño

El niño empezó a vomitar líquido y al respirar le roncaba el pecho. El médico mencionó que ese episodio iba a pasar, pero como esta situación no pasaba, Idelfonso sugirió llevar al niño a Santa María de Nieva porque la mamá tenía Seguro Integral de Salud, pero el médico consideró que no era necesario.

...mi abuela se percató de eso se fue corriendo comenzó a soplarle su naricita así, forma común y corriente que se hace así en la zona y de esa manera entro su respiración. Al entrar su respiración ha comenzado a botar un liquido no sé, debe ser de él mismo, de la bolsa del niño... por su boquita y tenía un ronquido bastante fuerte en la espalda

Idelfonso, padre del niño

El niño continuaba con dificultades de respiración y lloraba mucho. Al observar que el niño empeoraba, el personal de salud lo reanimaba y le daba respiración artificial, incluso trataron de alimentarlo con jeringa. El padre cuenta que entre el médico y el enfermero hubo un intercambio de palabras porque no había medicamentos en el Centro de Salud.

Optaron por colocarle algunas inyecciones. El padre cuenta que el personal de salud quiso colocarle una mascarilla al niño para darle oxígeno, pero el padre se opuso a esto último porque observó que la mascarilla estaba sucia.

...de pronto llame al doctor y le dije por favor hay que hacer algo o que le pongan algo que reaccionara el cuerpo. No sé, entonces el doctor se fue diciendo que hay un medicamento para poder este una ampollita. Se fue pero ya no había y se perdió. Comenzó a gritarse entre ellos y ya por lo menos que me traigan algo una sonda, por que no me atienden. Se fueron a traer, no sé como se llama eso, que ponen en la cara y era más sucio que... sucio me lo trajeron. Mejor dije no, no, no, no le pongan eso. Le pusieron ampolla, tres. La primera reaccionó pero no eran adecuadas. Eran ampollas que seguramente eran para bronconeumonía. Otro igualito después no se quién le puso una mezcla de medicamento pusieron. Con eso aguantó un par de minutos más y justamente a las cuatro de la tarde que ya se va el niño...

Idelfonso, padre del niño

Después de 12 horas de haber nacido, NN dejó de respirar y murió. Entonces comenzó a botar líquido verde por la nariz y boca.

..Ahí estaba... cada vez que respiraba seguía botando de su boquita el líquido, hasta que, así seguía todo el día y a las cuatro de la tarde el niño dejó de roncar y comenzó volverse este, moradito, ya no tenía respiración
Idelfonso, padre del niño.

Cuando murió comenzó a eliminar líquido verde por la nariz y boca, eso fue muestra de que había aspirado líquido meconial. Esto era por la prolongación del parto porque la mamá no colaboraba

Paulino, enfermero del C.S. Galilea

La muerte del neonato no cuenta con registro en la municipalidad de Condorcanqui.

Causas culturales de la muerte

La familia de NN considera que su muerte ocurrió por varias causas, todas ellas relacionadas a la mala atención en el Centro de Salud:

- La ausencia de la obstetrix en el momento del parto lo que ocasionó que el parto fuera atendido por el médico, quien no tenía conocimientos para la atención del parto.
- La falla en la atención del médico quien no apoyó a que nazca el niño, lo que ocasionó que tome el líquido de la placenta.
- La ausencia de medicamentos y equipos para tratar al niño inmediatamente después de nacer y cuando estaba mal.

Los padres se encuentran decepcionados de la atención del Centro de Salud y consideran que ocurren muchos casos semejantes al suyo en Galilea. Incluso califican que las muertes que ocurren en el establecimiento de salud son por negligencia médica. El padre comenta que una semana después del fallecimiento del niño, otro niño también murió en el Centro de Salud por la misma causa.

...aquí lo que te puede matar aquí es por negligencia
Idelfonso, padre del niño

El enfermero menciona que la causa de la muerte de NN fue la asfixia, porque vomitó líquido meconial que estaba en los pulmones.

Cabe señalar que se menciona que la muerte del niño ocurrió porque el niño no era deseado por los padres y por eso murió. La comunidad considera que cuando un niño no es deseado éste muere y esto ocurre mucho con las adolescentes. Refiere el personal de salud:

Una vez dio a luz una chica ahí y cuando el niño salió, la chica incluso, al momento que sale el niño la chica grita, pero grita en su idioma y nosotros nos enteramos por otra persona que estaba ahí que la chica había dicho mátalo, mátalo

Paulino, enfermero del C.S. Galilea

Según la señora Carmen, su esposo le dijo al médico que llevara a Nieva al niño y éste le respondió que no se encontraba la obstetrix.

Mi esposo le dijo. Aunque, como, si mi señora esta asegurada. Había tiempo para que vayan por lo menos a Nieva pero nada. No esta la obstetra dijo. La obstetrix no estaba, porque ella es la que lleva y trae. Y, yo no puedo

Carmen madre del niño

Valoración de la muerte

La muerte de un niño causó mucho sufrimiento a la familia, especialmente a la madre, porque era un niño esperado después de muchos años de su primer hijo. Esta muerte aún le causa sufrimiento.

Siempre llorando, abrazando al niño, al menor que tenemos, siempre a él ya que había visto... él ha sufrido bastante

Carmen madre del niño

No sé. Tenía que acercarme a un psicólogo que vino ahí, era doctor y a la vez era psicólogo, en la posta, no en la posta, vino no sé a qué hacer, como campaña y me acerqué a conversar. Yo me quedé mal, bien mal, traumada creo me quedé. Porque yo tan sólo ilusionarme tenerlo en mi cama, a mi lado, bien mal, mal, como una loca. Casi me hago loca. Por eso tuve que salir a Iquitos para tratar de olvidar un poco. Estaba en Iquitos tres meses, de ahí me regresé vuelta, ya más o menos ya porque si estando acá, tan sólo mirar eso, no sé, mal, mal me sentí

Carmen, madre del niño.

Además, esta situación provoca que Carmen perciba que el personal del establecimiento de salud es indiferente de lo que pasa a las personas que acuden para ser atendidas.

Más atención porque no toman tanto atención cuando se van. No nos atienden bien. Un rato están ahí y después el doctor se fue a dormir, me quede sola con mi familia ahí, cuando escucho que ya vino ahí recién...falta mas interés, yo creo que ahí debe existir un director que este al tanto como trabajan, como no hay nadie no les importa

Carmen, madre del niño

Lo sucedido con NN y Carmen aumenta la desconfianza de la población para acudir al establecimiento de salud, sobre todo para la atención del parto.

Pocas veces, pocas veces envían a la ciudad, pocas veces, a veces nacen débiles por suerte se salvan ellos por llamar así, ...no es un caso que sucede diariamente ... en pocas oportunidades se acercan para el parto y eso hace que algunos mueren y algunos corren el riesgo lo mandan a la ciudad, si, eso es lo que se ve

Idelfonso, padre del niño

De otro lado, el padre refiere que comunidad piensa que en el Centro de Salud no atienden bien y que por eso se mueren los niños.

La comunidad reclama, siempre sugiere al doctor que siempre trate de buscar la forma de equiparse o que se implemente con más recursos humanos adicionales o mayor responsabilidad, me parece que hasta esta fecha no hemos encontrado resultados

Idelfonso, padre del niño

El entierro del niño

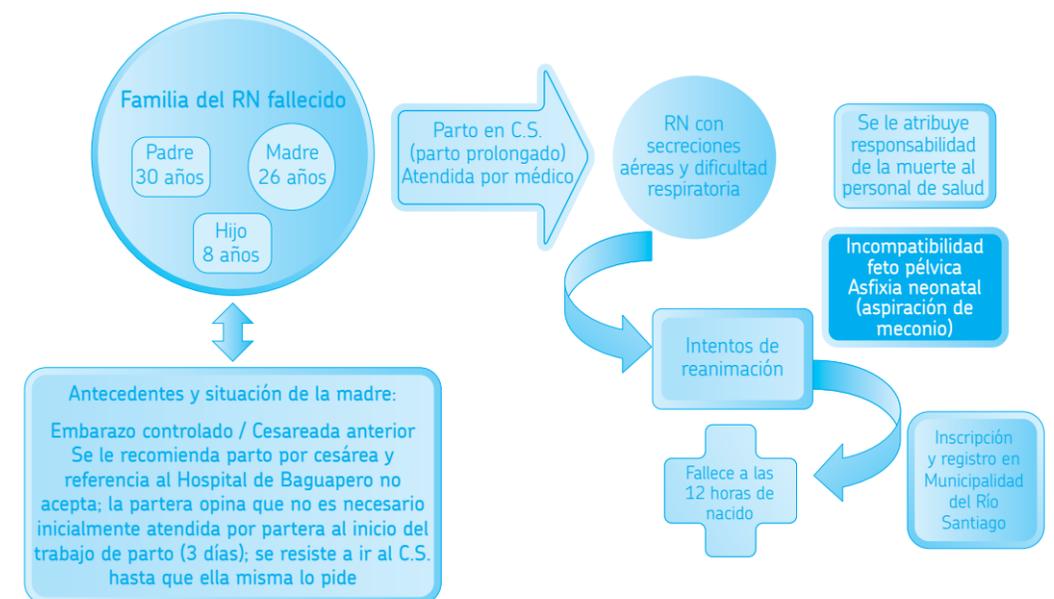
El niño fue enterrado en la parte de atrás de la casa. Este no es un hecho común, pero la familia lo decidió así porque el niño era muy querido y muy esperado. En el entierro hubo aproximadamente 25 personas, la mayoría compañeros del trabajo del padre. Los acompañantes del duelo estuvieron todo el día en la casa de los padres y apoyaron en la construcción del nicho.

lo enterré, bueno a petición de mi familia en mi mismo establecimiento, le hicimos un pequeño nicho, en mi casa. Se les entierra en el panteón de la comunidad; pero lo enterré en mi casa, es por algo especial queríamos mucho y por que nosotros esperamos y después de tantos años, bueno yo tengo un hijito de ocho años después de ocho años hemos pensado tener otro y...

Idelfonso, padre del niño

Respecto a los certificados, el establecimiento de salud no extendió ninguno. Después de una semana de la muerte del niño, la Municipalidad extendió un Certificado de defunción y luego de un mes el padre entregó el Certificado de Defunción a la oficina del Registro Civil de la Municipalidad de Río Santiago.

Gráfico N° 19
Neonato nacido y muerto en establecimiento de salud
Provincia de Condorcanqui



Fuente: Elaboración del estudio

Caso 2: Neonato nacido en establecimiento de salud y fallecido en comunidad

Entorno social y familiar del recién nacido

La mamá de NN tenía 19 años cuando se embarazó. Ella se encontraba estudiando en el colegio. Vive en Galilea con sus padres y sus cuatro hermanos. El padre de NN estaba haciendo el servicio militar en un cuartel del distrito de Río Santiago. Ambos tuvieron una relación breve y ella salió embarazada y él desapareció de la zona.

Gestación

Durante el embarazo, Dona no acudió al establecimiento de salud porque sentía vergüenza. Ella dice que la obstetriz del Centro de Salud de Galilea iba a su casa a realizarle los controles, pero su tía menciona que eso no es cierto.

Durante todo el embarazo estuvo sola, algunas veces su mamá la cuidaba y le daba dulces y su prima le daba mates de piri piri o café. Comía carne de venado. Pero ella no se sentía bien.

...me sentía morir

Dona, madre del niño

Era el primer embarazo de Dona y ella ocultó su embarazo fajándose para que no se note su vientre abultado. A los seis meses, cuando ya era imposible seguir ocultando el embarazo, su padre se enteró. Como no estaba casada su padre se encontraba molesto y siente que esa situación es una falla de él como padre.

Yo no sabía de su embarazo, por que ella es soltera y es culpa mía pues, ella estaba estudiando en colegio; yo le pregunté porque se le notaba. Recién me enteré a los 6 meses. Al principio no se notaba porque ella se fajaba para que no se note. Cuando me enteré me molesté y la mandé lejos de la comunidad. No maltraté ni critiqué tampoco, así normal, es culpa de ella, así nomás, para que nazca el niño

Abuelo del niño

La primera reacción del padre de Dona fue enviarla a otro comunidad, lejos de su casa, para que el niño nazca allí y nadie se entere. Además él no quería hacerse cargo del recién nacido ni entregar a su hija al padre del niño por que ella aun esta estudiando.

Sin embargo, luego el abuelo se contradice al decir que su hija se fue a la casa de un familiar por propia voluntad, por vergüenza, y no porque el la hubiera botado.

Vinieron a mi casa para preguntarme pues, ¿por qué le botaste? Yo le dije: Yo no le boté, solamente que ella misma se ha ido. No, ¿por qué voy a botar a mi hija? Solamente ella misma se fue, porque tenía vergüenza para vivir acá, para bañarse, para ir al baño. Tenía vergüenza por eso se va allá

Abuelo del niño

Además, el abuelo afirma que él no quería que naciera su nieto, pensaba en un aborto como solución a este problema o también el entregarlo a su padre porque la idea no le agradaba.

Solamente pensaba hacer matar al niño pues, en su barriga nomás para abortar, para que aborte. Pero no pues, pensando. Pero primeramente pensé así. Ahora que voy hacer, si embarazada muere, no se puede abortar al niño. No, este, a mí, cuando escucho, no me gustó, yo pensando. Cuando nazca el niño voy entregar al papá. Así pensé pues

Abuelo del niño

El Apu de la comunidad, profesor del colegio de Dona, se percató de su ausencia y le preguntó al padre por ella. Así se entero que la joven estaba embarazada y que su padre la había enviado a otro lado. El Apu, temiendo por la seguridad del niño y de la joven, envió a la tía de Dona, para que la cuide hasta que llegue el momento del parto.

Yo le he dejado manos de la Junta Directiva de la comunidad, para que cuiden pues, porque, algunos cuando nace el niño muerto dicen "De repente se mata", eso yo no he querido pues, por

eso le dejé al Apu. Ustedes lleven y cuiden, porque pueden decirme a mí, cuando nace el niño, muy de repente muerto, me puede decir

Abuelo del niño

...es de acá de la zona el chico, y como no quería entregarle tampoco que el bebe ya estuviera bajo su cuidado, él no quería tenerlo, entonces decidieron mandar a otra familia para que ya de una vez diera parto allá en otra casa que ya al bebe lo atuvieran

Apu de la comunidad

Cuando ya estaba con dolores, se dieron cuenta de que la niña estaba prácticamente con dolores y escondida por los padres. Entonces, la señora vino, me avisó acá y con ella fuimos al lugar. Bueno, la había traído ya a la casa, la encontré en su casa de los padres. Felizmente que el Apu ya la había traído del lugar escondido a la casa

Nélida, obstetriz

La obstetriz dice que Dona no asistió a ningún control prenatal.

...bueno, vino... ella no cumplió sus controles, estaba huida, salió embarazada del colegio y los padres trataron de esconderla y de tal manera de que la chica no tuvo ningún control ni estaba afiliada al Seguro Integral de Salud, por lo que los padres no querían que se enteren, por temor quizás a que pierda el colegio

Nélida, obstetriz

La señora Celestina es nombrada por el Consejo de la Comunidad como tutora de Dona al momento del parto.

Parto

Dona estaba sola cuando empezó a sentir los dolores del parto. No sabe como se enteró el Apu, pero éste había pedido al padre y a la tía que regresen a Dona a Galilea. Ellos la trasladaron al Centro de Salud y la obstetriz la observó y les dijo que el niño no podía nacer allí y que debían trasladarla a Santa María de Nieva.

La obstetriz toma la decisión de enviarla a Nieva apenas la revisa el día de los dolores de parto ya que le detectó pelvis estrecha.

Entonces, cuando... le encontré ahí a la chica cuando fuimos, la encontré ahí en la casa. Y bueno, la trajimos acá, la evalué e inmediatamente tomé las medidas de la referencia. Enviarla inmediatamente a Nieva. Lo hago el examen y porque tenía pelvis estrecha, ya

Nélida, obstetriz

El Apu me pregunta dónde esta mi hija, por que has mandado, esta embarazada, tu quieres que muera ahí nomás, eso el Apu me dijo. Entonces tráigalo lo tengo que llevar a la posta. Me he

ido a traer, ella estaba a punto de nacer el niño, le lleve a la posta. Ahí mismo me han dicho no puede dar a luz, hay que llevar a Nieva

Abuelo de NN

Dona viaja a Nieva con su tía Celestina y en el C.S. le hacen una cesárea. Desde que nació, el niño lloraba demasiado, no quería lactar y se movía de forma extraña. La tía refiere que eso pasaba porque no había nacido en su casa. Dona y el niño estuvieron tres días en el establecimiento de salud de Nieva. Las enfermeras trataban de calmar al recién nacido y lo alimentaban con jeringas, porque el niño no lactaba porque el pezón era muy pequeño.

...respiraba mucho, lloraba, no mamaba

Dona, madre del niño

Un día, dos días comenzó a quejarse el bebe. Lloraba, gritaba se hacía y yo pensé pues, por que no ha hecho parto en la casa, no puede hacer teta, así pensaba yo, yo solita pensaba así

Celestina, tía de Dona.

El médico que la atendió al revisar la historia clínica encuentra que el niño nació normal con signos que indicaban buena salud.

Peso 2200, APGAR 99, CAPURRO 42, parto cesárea, distósico. Llanto inmediato, no ha tenido aparentemente... Normocéfalo, no caput, sin signos de infecciones, genitales masculinos, testículos descendidos. Pero acá en el examen neurológico dice el recién nacido no presenta buena succión, lactancia materna no efectiva debido a pezones de la madre no formados, así dice

Médico del Hospital de Nieva

Después de dar a luz, Dona y el niño son observados durante tres días y luego dados de alta, volviendo entonces a Galilea.

La atención recibida en Nieva según señora Celestina fue buena.

Atendieron bien, el doctor atendió bien, las enfermeras también atendían bien, ahí amanecían, al niño también le cuidaban, le hacían mamar pero el niño no podía mamar pues, por eso lloraba. Le atendieron bien pero no se qué le pasó al niño pues

Celestina, tía de Dona

Una vez en Galilea, según el abuelo, el niño lloraba y no lactaba, ellos sacaban la leche del seno de la madre y le daban con una cucharita.

El niño fue llevado al Centro de Salud para ser controlado. El registro del niño muestra que se le hizo su control de crecimiento y desarrollo. No hay ninguna anotación en el registro y la historia del niño que indique que el niño sufriera de alguna enfermedad. El registro del CRED muestra a un niño sin problemas.

En esa visita también va Dona para que le atiendan los puntos de la cesárea. El enfermero afirma que se hizo el control CRED a los ocho días de nacido el niño de Dona.

Está con diagnóstico recién nacido normal. Ahí en ese momento se le indica lactancia materna exclusiva, consejería en CRED, consejería en PAE y consejería sobre higiene. No hay ninguna... como que no tuviera problemas. Incluso dice acá, su diagnóstico dice recién nacido normal... Porque cuando el niño está bien también se le hace el control CRED, y si el niño no está bien no se le hace el control CRED y acá ha tenido ocho días, porque ha estado bien por eso se le hace el control CRED, según relato de la historia clínica

Enfermero del centro de salud

Dona llegó al control después de que le habían sacado los puntos de la cesárea.

Y a los siete días, viene la chica acá junto con sus padres para sacarle... Bueno, ya le habían sacado los puntos, sí, recuerdo que ya le habían sacado los puntos a ella. Lo reviso, la herida operatoria, y ya los puntos le habían sacado allá en Nieva y bueno, solamente lo curé a la señora, le hice su control, le di las vitaminas, o sea, el sulfato ferroso

Nélida, obstetrix

El momento de la muerte del recién nacido

El niño murió en su casa. Estaba en la hamaca durmiendo y junto a él se encontraba su madre también durmiendo, son un grupo de niños que jugaban cerca los que le avisan a la madre que el niño no respiraba. Dona no sabe por qué murió, sólo menciona que la critican y que el bebe lloraba mucho. Según la obstetrix, los padres pudieron haber hecho algo malo por el niño ocasionando su muerte.

Bueno, como era un niñito que no deseaba ni la madre ni los padres, quizás algo hicieron, algo malo por el niño. Porque realmente el niño cómo va a fallecer de esa manera, ¿no? Porque ella decía que el niño si mamaba pero poco, poco mamaba y más lloraba. Eso es. A pesar que no sé, pasó por el médico, a pesar que pasó por el enfermero

Nélida, obstetrix

La muerte del neonato no cuenta con registro en la municipalidad de Condorcanqui.

Causas culturales de la muerte

Nadie explica la muerte del niño. El abuelo considera que este hecho sucedió porque Dios lo quiso.

Como digo como ese niño nació...el niñito se ha muerto por que Dios ha hecho así, eso me dijo el Apu, como no sabia como fue, solamente lloraba eso nada mas tenia y se murió pues se murió... me, bastante por que es mi sangre

Abuelo del niño

La tía de Dona cree que la causa de la muerte fue el tétano, aunque las enfermeras le dijeron que las pinzas con que trataron al niño eran limpias, eran del hospital.

...no sé, yo tampoco he sabido nada. Solamente le dije a la madre, por qué se ha muerto. No se me dice. Solamente cuando lloraba seguía así dice, las vecinas también saben llore y llore decía. Yo pensé que era tétano si pues se hacia así, moradito se hacia, si morado, morado, allá también en Nieva se hacia así solamente yo le dije a la enfermera por que estaba así el bebe, no se puede hacer así no, solamente cuando se hace morado, así como si fuera calambre, yo pensaba que era tétano, yo le dije a la enfermera le dije, no me dice por que las pinzas no es este no fue no fue de la casa es del hospital me dice

Celestina, tía de Dona

El Apu tampoco tiene una explicación de las causas de la muerte del recién nacido y menciona que quizás fue porque el niño estuvo débil.

...de repente yo digo, murió, yo fui a visitar me dicen que el bebe estaba llorando, amaneció llorando; por que al final se dieron cuenta que, al final yo les dije que lo cuidaran y si aceptó. Los abuelos aceptaron, pero fue tarde la operación, débil nació, desde allá...

Apu de la comunidad

El enfermero de Galilea contó que las personas van al centro de salud como último recurso cuando el problema o enfermedad no es manejable.

Llevarlo al boticario es frecuente. No lo traen acá, acá lo traen cuando ya, cuando ellos ya le han metido un montón de vegetales, le han puesto enemas, le han dado sus medicinas que tienen en casa, luego lo llevan a la botica. A pesar de todo eso que le dan no sale el niño, no se recupera ahí recién lo traen acá, sino más ante no

Enfermero del centro de salud

Según el enfermero, las personas prefieren ir al boticario antes que ir al establecimiento de salud y por eso se presentan complicaciones como la muerte del recién nacido. Las personas mencionan que esto ocurre porque las personas dicen no ser atendidas rápidamente en el establecimiento de salud, también dicen que no son entendidos al hablar, no les dan medicamentos que ellos quieren, la medicina no es buena y que la medicina del boticario es mejor.

Valoración de la muerte

La familia refiere que sintió gran sufrimiento con la muerte del recién nacido, porque ya lo habían aceptado. El abuelo considera que es más fuerte el dolor porque "era su sangre" y cuenta que la abuela también sufrió mucho.

Tanto el Apu como el padre y la tía refieren que en la comunidad ocurren casos similares.

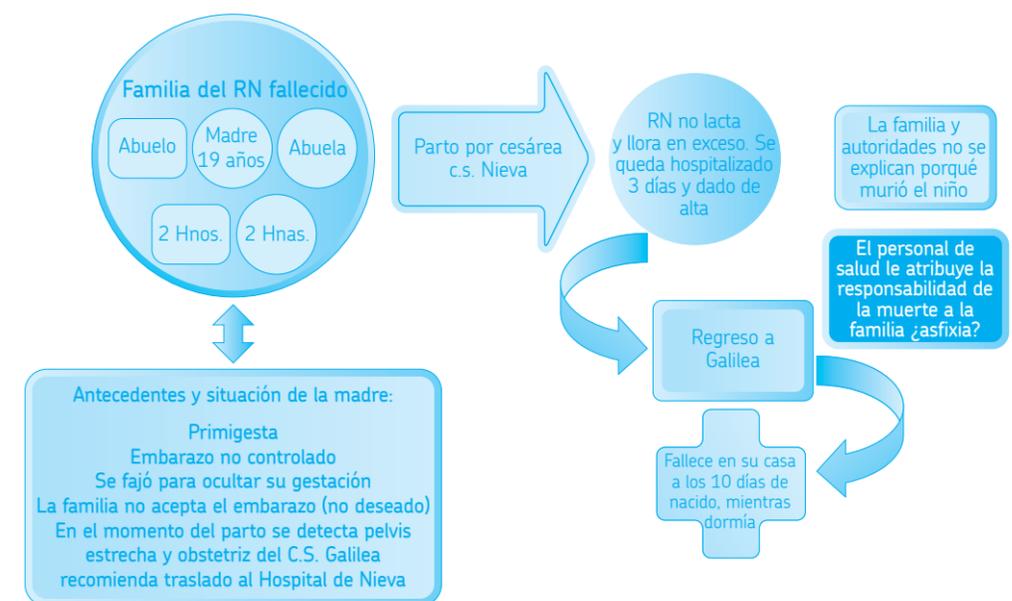
El entierro del niño

La tía de Dona organizó el velorio de NN el cual se realizó en la casa de la familia. Asistieron las compañeras del colegio de Dona y estuvieron allí junto a ella. El velorio fue al amanecer.

El niño no fue colocado en un ataúd y fue trasladado cargadito al cementerio de la localidad, donde fue enterrado. Si elaboraron un letrero con su nombre.

Generalmente las defunciones de niños pequeños no se registran en la municipalidad en el momento de la muerte, sino después de un mes de ocurrido los hechos. En algunas ocasiones el registrador inscribe las muertes y esto sucede cuando el niño tiene partida de nacimiento.

Gráfico N° 20
Neonato nacido en establecimiento de salud y fallecido en comunidad
Provincia de Condorcanqui



Fuente: Elaboración del estudio

Caso 3: Neonato nacido en comunidad y fallecido en establecimiento de salud

Entorno social y familiar del recién nacido

Ajutap nació el mes de 13 de enero del 2007. Sus padres viven en la comunidad de Pumpushak, en el distrito de Santa María de Nieva.

La madre tiene 35 años y el padre 39. El es agricultor, además es promotor de salud de la comunidad y ella ama de casa. Se habían casado recién y era el primer embarazo de Celina de su compromiso con Lizardo, ella ya tiene dos hijos de un compromiso anterior. Lizardo en paralelo tiene otra esposa con las que tiene 3 hijos. Cada una vive en una vivienda diferente.

La posta de salud no cuenta con movilidad para trasladar a los pacientes de emergencia a Nieva
Padre de Ajutap

Gestación

Era el primer hijo de la pareja y ella asistía mensualmente a sus controles en el puesto de salud de su comunidad. El puesto es atendido por un técnico sanitario. Durante el embarazo no tuvo complicaciones y durante todo ese periodo fue atendida por su esposo.

De acuerdo al testimonio del técnico sanitario Celina fue a tres controles prenatales durante el embarazo, mencionó que en el control prenatal sólo puede medir la talla, el peso y presión arterial de la gestante, debido a que las mujeres no aceptan que un hombre realice el control completo.

Por momento, nosotros para tener ese control prenatal, casi a nosotros no nos permiten pues, porque es costumbre de nuestro... nativo es otra forma, no es forma del mestizo. Solamente nosotros pesamos y tallamos, y solo presión arterial. Eso nomás nosotros estamos viendo porque casi la mayor parte para controlar medidas, eso no nos aceptan a los hombres. En caso de la mujer sí aceptan, pero a nosotros no nos aceptan, por eso casi no podemos atender

Técnico Sanitario de Pumpushak

El técnico sanitario de Pumpushak, relata que el responsable de dar atención de salud a seis comunidades y que por ello no se da abasto para atenderlas.

Parto

El padre de Ajutap quería llevarla a Nieva para que diera a luz.

Pensaba llevar a Nieva, quería referirla, mi señora no quería pues. No quería porque tenía miedo al doctor, porque puede operarme, puede matarme, así la gente piensa... De que no me operen, dice, que no me maltraten los doctores, así pensaba

Lizardo, padre de Ajutap

La mayoría de las mujeres no acuden al centro de salud por miedo a ser maltratados por los doctores.

Por ejemplo, el caso que pasó de su hija de Tiniash, recuerdo. Han operado, lo han matado, decían. Se ha muerto en el puesto, en el centro de salud. Por eso, por esa razón las mamás casi no quieren irse. Tienen miedo

Lizardo, padre de Ajutap

A los siete meses de gestación Zenaida empezó a sentirse mal, comenzaron los dolores del parto. Lizardo llamó a la partera y al técnico de salud. También la acompañó la primera esposa de Lizardo, quienes fueron a la casa de Zenaida y la ayudaron a dar a luz. El parto fue normal.

El parto de Ajutap duró tres días y según el padre, que también es promotor de salud, lo normal es que dure uno o dos días.

No, mucho es. Uno y medio o dos, así. Por lo menos, digamos puede comenzar a las siete de la mañana, después puede dar a las tres de la tarde, puede dar a luz. Así estamos. Ahora, ya paso, ya. Tres días, tres días, ya de ahí por la noche dio a luz

Lizardo, padre de Ajutap

La partera recibió al recién nacido sin signos vitales y le realizó reanimación cardiopulmonar.

Con mi hermana que trabaja en partera, Teolinda y también como tienen experiencia las señoras, las mamás, mi mamá y mi señora, la primera señora. Ella con mi hermana Teolinda y con mi mamá, los tres estaban ayudándose, estaban viendo que estaba con dolor

Lizardo, padre de Ajutap

Ajutap nació con 2150 gr. de peso, según se registra en el Hospital de Santa María de Nieva a los seis días, con una frecuencia respiratoria de 66 por minuto. El padre de Ajutap cuenta como fue atendida su señora durante el parto.

Como partera también son practicados ¿no?, son enseñados. También soy enseñado para hacer corte, mediciones, todo. Partera también sabe. Preparamos un hilo, llevamos un depósito de alcohol, lo ponemos ahí tres hilitos, y teníamos una tijera también desinfectada en el alcohol, y algodón. Todo ya tenía preparado. Y de ahí, cortamos como cuatro dedos de centímetros de cordón umbilical, amarramos acá en el medio y hemos desinfectado

Lizardo, padre de Ajutap

Se cortó el cordón umbilical con tijera desinfectada y el hilo sirvió para amarrar el cordón umbilical. La placenta se enterró en el suelo. El padre afirma que la placenta salió de una manera normal y rápidamente, sin dolor, seguido al niño.

De ahí, llevé mi niño al puesto de salud. Mi señora se quedó con mi mamá, yo llevé con mi segunda, a la primera señora, a la posta para pesarlo y medirlo. Lo llevamos con un pañal envuelto, enrolladito, así en la mano de mi señora lo agarró. Allá en el puesto, lo pesamos, medimos y vuelta regresamos. Lo llevamos en el puesto, lo pesan y lo tallan, lo revisan todo.

Estaba bien. El técnico revisó su boquita, su nariz, su bracito, su codito. Todo, todo revisó. Y me dijo normal, que mi bebito estaba normal

Lizardo, padre de Ajutap

Acá hay una contradicción porque el técnico sanitario dice haber ido a la casa de Celina para pesar y tallar al recién nacido.

En su casa hemos tallado. Sí hemos tallado, solamente su peso es dos kilos doscientos gramos y su talla es cuarenta y siete centímetros

Técnico sanitario

El técnico contó que los partos no son atendidos en la posta ya que no se cuenta con un ambiente adecuado para el parto, y es por eso que las gestantes dan a luz en sus domicilios. El personal lleva la balanza y el tallímetro para hacer el control CRED al momento del nacimiento. Cuando nació Ajutap no lloró, después de tres minutos comenzó a llorar medio ronco según el padre. Durante tres días, el bebe dormía casi todo el día y lactaba poco. Luego el niño comenzó a llorar comenzando la hinchazón en la barriga.

Desde que nació no lactaba. Tres días lloraba todo el día, estaba inflamado su barriga; botaba caca por la boca, vomitaba negro

Lizardo, padre de Ajutap

Comenzó a llorar y no cagaba, orinaba, sí orinaba, no cagaba. Y de ahí comenzó a llorar también igualito así roncoso, llore y llore tanto que llorar ya comenzó a inflar su barriguita

Lizardo, padre de Ajutap

Cuando estaba hinchado su barriguita, de ahí lo botó por acá en su boca un color negro. Yo pensé que su caquita. ¿Qué sería? Como una café, pasta, parecía caquita, pastita era, pastita. Por eso pensé que está botando por acá su caquita. ¿y por qué no caga por acá? Estaba hinchado, su barriguita. Vomitaba por acá negro, negro, parecía café

Lizardo, padre de Ajutap

Después de tres días con estos síntomas, deciden trasladar al niño al puesto de salud de la comunidad que se encuentra a 3 minutos de la casa. El técnico sanitario afirma que el niño tuvo diarrea y fiebre al realizarle el examen.

Entonces, doctor, tenía un poco de fiebre, poco, poco. Y además, tenía para el examen, su barriguita como si fuera así, turnaba ¿no?, igualito. Así, un poco, sonaba, como si hubiera tenido diarrea cantidad, igualito así sonaba, pero no estaba cantidad. Un poquito de diarrea había tenido y después tenía un poquito de fiebre. Entonces, nosotros hemos dado solamente paracetamol en gotitas nomás. Entonces, no podemos dar antibiótico otro porque no, sin saber su enfermedad no se puede tratar, porque son chiquitos

Técnico sanitario

El técnico le hizo masajes, pero no lloraba. El niño vomitaba un líquido negruzco y de mal olor. Allí no había medicamentos por lo que el técnico decide transferir al niño a Santa María de Nieva que se encuentra a 4 horas de la comunidad en peque peque.

No había medicamentos, dijeron que tenían que llevarlo a Nieva

Lizardo, padre de Ajutap

El momento de la muerte del recién nacido

El niño es trasladado a Nieva en el peque peque de un familiar. Una vez en Nieva lo examina el médico del hospital quien lo envía de inmediato al hospital de Bagua con personal de salud. Murió en el camino a Bagua. Regresan a Nieva con el cadáver del bebé.

Según el padre el jefe del hospital le explica que no puede ser atendido ahí y es referido a Bagua. Le explica también que su niño tiene el intestino delgado mal y por eso no podía defecar y que necesitaba una operación.

Después de tener todos los documentos, le administraron suero al niño, le aplicaron una ampolla y luego fue trasladado a Bagua en una camioneta junto con el padre, su esposa y una enfermera en el carro del hospital. Antes de llegar a Achuaga, el niño murió.

En Nieva me quedé una noche nomás, porque a las cinco de la tarde se ha muerto el niño, una noche me he quedado. El niño estaba en la casa de mi hermana. Ahí hemos sacado del hospital. Ponemos una tablita y colocando, y ahí envolvidito con una colcha, nosotros dormimos a su costado. Al día siguiente, amanecemos y esperamos para que terminen el ataúd. A las diez de la mañana me regresé yo, en el mismo peque-peque de mi tío

Lizardo, padre de Ajutap

Regresaron a Nieva y en la casa de la hermana esperan por el ataúd que el hospital le había donado. Allí, el padre se da cuenta de unas manchas negras que aparecieron en el cuerpo muerto del niño y pensó que se debía a que algo malo le habían hecho a su hijo.

Ya llevé en mi casa porque todavía no hacían el ataúd. Llevé en mi casa, su casa de mi hermana que está en Nieva, al bebecito por acá salía negro en su cuerpecito, negro, manchas negras, por acá. Cuando estaba muerto, cuando ya estábamos en media noche, estábamos regresándonos, estaba abierto el ojito, no enduraba, entonces movimos todito y encontramos las manchas que salían acá en su cuerpo. Yo pensé que de repente el médico me lo ha matado, dije yo, ¿por qué va a salir manchas?

Lizardo, padre de Ajutap

La muerte del neonato no cuenta con registro en la municipalidad de Condorcanqui.

Causas culturales de la muerte

Para el padre, el niño murió por dos motivos: porque era prematuro y porque no podía orinar ni defecar.

El niño no podía orinar ni cagar... pero fue prematuro, de siete meses

Lizardo, padre de Ajutap

El entierro del niño

Con el bebe muerto los padres regresan a su comunidad en un ataúd que les entregan en el hospital de Nieva. Una vez en su comunidad es puesto en un altar en el cementerio de la comunidad.

En la comunidad, llevan el cadáver del niño al panteón.

Llegué a mi casa, ahí lo hemos tenido una noche más. Y después llevé al panteón, al cementerio, en la mano, cargando, no pesaba mucho, en un pañal, envuelto, puesto en el ataúd, tapadito. Nos apoyó el hospital, nos hizo ha hecho un ataúd pintadito. Con eso lo llevamos cargadito

Lizardo, padre de Ajutap

El padre va a visitar a su hijo al cementerio una vez al mes o cada dos meses con su señora.

No lo enterré, dejé como lo ve en nicho, afuera. No lo enterré en el suelo. Afuerita, altura de un metro y medio, el palo lo atravesamos, palito encima y hacemos una casita, ahí lo dejamos. Ahí se quedó. Hasta ahora también está ahí, siempre lo voy a visitar

Lizardo, padre de Ajutap

Gráfico N° 21
Neonato nacido en comunidad y fallecido en establecimiento de salud
Provincia de Condorcanqui



Fuente: Elaboración del estudio

Caso 4: Neonato nacido y fallecido en comunidad

Entorno social y familiar del recién nacido

El niño NN nació en la zona de Juan Velasco Alvarado, en Santa María de Nieva. Su madre Kattlin tenía 15 años y su padre Hugo 18 años. Ella estudiaba en el colegio, en segundo grado de secundaria y él era chofer. Ellos no viven juntos. El padre de NN no quiere reconocer que él embarazó a Kattlin y la rechaza. Ella vive con su madre y sus hermanitos.

...desde embarazo o sea negó al bebe. Negó dice que no era su hijo. El padre también dijo que no es su hijo. Bueno no me apoyaron nada, entonces ya, yo mismo lo tuve a mi hija acá en casa Judy, abuela del niño

Ya cuando lo llevo a la ronda el negó, que no era de él, lo negó pues. Así como lo vas a negar y mi mamá lo denunció hasta el fiscal. Después arreglaron, ahora esta ahí en su casa Kattlin, madre del niño

Ella estaba con cualquiera pues, estaba conmigo, después estaba con otro, con un maderero. Yo quería sacar análisis pero no, la chica no quería
Hugo, padre del niño

Como Hugo se negaba a reconocer la autoría del embarazo, la madre solicita a la ronda que intervenga. La ronda, organización indígena que controla los asuntos de seguridad de la zona castiga a Hugo y este acepta ser el padre del niño.

Me llevaron a la ronda, me hicieron rondar toda la noche, me hicieron ranear. Porque no es mío pues, les decía no era mío. La señora decía que era mío, le avisó a la ronda y todo
Hugo, padre del niño

Gestación

Durante el embarazo, Kattlin acudía mensualmente al Centro de Salud de Santa María de Nieva para realizarse sus controles. Además, su mamá la cuidaba y le daba lo que ella deseaba.

Lo que me citaban ahí, cumpliendo eso me iba
Kattlin, madre del niño

Kattlin conoce cómo cuidarse durante el embarazo, especialmente reconoce que la buena alimentación permitirá que su niño nazca sano y sin anemia. Además sabe que no debe cargar mucho peso, pero no pueden evitar hacerlo porque las mujeres se dedican a las tareas de la chacra donde las labores son más rudas.

O sea mujer que esta embarazada no debe de cargar mucho peso, pero nuestra costumbre no practicamos eso. A veces nos vamos a la chacra. Acá nuestra costumbre es andar en la chacra. Las mujeres vamos a la chacra y traemos yuca y hacemos mazato eso es nuestra costumbre y así pues...durante esos nueve meses así vivimos. Ya pues a veces cuando no comemos bien durante esos meses, niño nace anémico ósea enfermo, enfermedad lo ataca mas rápido, y durante esos meses a veces llevamos control de vacunas, todo eso mensual se control
Kattlin, madre del niño

Sin embargo, dos semanas antes de cumplir los ocho meses de gestación, Kattlin se resbaló porque había llovido mucho, pero no lo contó a nadie. Dos semanas después comenzaron los dolores del parto.

Me fui al baño. Ese día llovía, me fui al baño y me resbalé. Como tenía frío, yo sin querer me bañe y me subí hasta mi cama, me he caído digo, no dije nada. No le avisé, no me dolió nada
Kattlin, madre del niño

Parto

NN nació cuando tenía 8 meses de gestación. Era de madrugada y Kattlin pensó que era un cólico, pero como el dolor no pasaba, despertó a su mamá. La abuela desesperada fue a buscar a la partera de la comunidad que es la tía de la madre de Kattlin.

Después, dos semanas (la madre menciona que se cayó dos semanas antes) más empieza a doler mi barriga toda la noche. Me dolía pues. ¿Me dolerá mi barriga? Me acostaba por allá, por acá. Me levanto para ir al baño y ya me daba sueño y no le dije nada a mi mamá. Mi mamá estaba por irse a la chacra, ya pues me dolía la barriga. Y mi hermana le avisa a mi mamá. ¿Qué cosa tienes? Mi barriga le digo. Me dolía y nos fuimos en una partera
Kattlin, madre del niño

La partera le dice que estaba a punto de dar a luz, que el niño estaba coronado pero que no iba a ser rápido, regresó a su casa y ahí dio a luz.

Después, me empezó por acá me dolía, tendieron plástico, sábanas, todo y rapidito di a luz
Kattlin, madre del niño

...parto más rápido le atacó. No se podía llevar en centro por que, por que su parto ha sido a los ocho meses. No ha sido mes completo, entonces yo no sabía que es lo que esta pasando a mi hija, estaba con dolor fuerte entonces yo desesperada llame a partera y me dijo que ya era seña de que era parto
Judy, abuela del niño

La partera recomendó que fueran al Centro de Salud porque era un parto antes de tiempo y se puso en camino a la casa de Kattlin. La abuela Judy corrió a la casa del padre de NN para que les traslade al Centro de Salud en su carro, pero éste se negó diciendo que no era su hijo.

Yo le llame al papá del muchacho. Tiene carro, entonces le llame para poder llevar y no me ha hecho caso
Kattlin, madre del niño

El parto fue rápido, la muchacha arrodillada sobre unas mantas puestas en el suelo y sujeta de un palo, forma tradicional de parto. Kattlin estaba con su mamá. Cuando terminó el parto llegó la partera para atenderla al final. El niño nació con 2400 gr. El cordón umbilical fue cortado con guayaquil, una caña tipo bambú de la zona. La abuela estaba preocupada porque el niño cayó al suelo cuando nació.

O sea yo recibí el bebuto. Se cayó, pues, en el piso. Más tenía preocupación en mi hija y entonces o sea bebe nació, pero no era tan normal
Judy, abuela del niño

La abuela lo observó y no le pareció que fuera normal porque no lloraba, estaba morado y no respiraba bien.

No lloraba bebe. Cuando es normal, al nacer nomás llora y bebe no era así. Era algo ahogado, moradito así era y entonces mi tía partera viene ella lo coge así, le sopla su naricita, su boquita hasta eso ya respira. Pero normal no se quedó, entonces lo teníamos ahí hasta que mejore ya abría su boquita y partera dijo que este bebe no creo que va a vivir

Judy, abuela del niño

La madre del niño dijo que el niño no lloraba mucho entonces

El niño nació, no lloraba conforme. Lloraba como perrito. Después lo agarraron y lo pusieron en la cama. Después llegó la partera, lo bautizó. Mas un rato viene la enfermera Karina. Cuando yo estaba con dolor, cuando ya llegamos, mi tío se fue a llamar a la obstetrix. Como no había, se regresó. Y después ellos llegaron y ellos lo llevaron al niño, lo llevaron así con una sábana envuelto no más. Después me dijeron que en el camino ya murió

Kattlin, madre del niño

Cuando llegó la partera revisó al niño y comenzó a moverlo para provocar el llanto. Le dio respiración en la naricita, pero también lo vio mal, morado y pegajoso y les dijo que el niño no iba a sobrevivir.

... parece que algo tiene le digo y le volteo todito. Le analizo, le moví su bracito todito para que llore. No chillaba, porque esta así esta criatura?. Le revise todito para ver: moradito, le digo, no se a caído tu hija?, si me dice tuvo una...se ha caído me dice

Estefita, partera

Mi mamá. Si, la vecina de allá también, ahí estaba, me ayudaron. La partera llegó ya cuando di a luz

Kattlin, madre del niño

El momento de la muerte del recién nacido

La partera ve mal al niño y entonces ella empieza a orar y lo bautiza.

Ay Diosito!! Por eso no será? le digo. Mejor hay que evitar problema hay que bautizarlo. Empecé bautizarle, oré y lo dejé, sea voluntad de Dios si Dios ha permitido mandar al mundo sea voluntad de El sino, le recogerá pero con tal que hemos dedicado al Señor

Estefita, partera

A la media hora del parto llega la obstetrix y les dice que tienen que llevar al niño al hospital de Nieva, localizado a 10 minutos a pie de la casa de la parturienta, pero el niño muere mientras es trasladado por su abuela.

Entonces yo lo tenía en la cama junto con mi hija. Ahí viene la enfermera, la obstetrix. Entonces me dijo para llevarlo a ese bebe al hospital, en incubadora, y entonces yo le hice caso a ella por no dejarlo ahí hasta que muera aunque sea en mi casa no, lo lleve pero no lo abrigue como debe ser lo lleve envolviendo con una pañal de gasa, con ese mismo lo lleve así tapando entonces en el camino, con aire dice que muere

Judy, abuela del niño

El cordón umbilical y la placenta no fueron enterrados en la casa, como es costumbre de ese lugar, sino que la obstetrix lo llevó al Centro de Salud para ser analizado.

El informe de la historia clínica de la muerte de la niño en el hospital de Nieva menciona lo siguiente

Se encuentra madre puérpera de más o menos veinte minutos junto a su recién nacido masculino. Veinte minutos dice ya había pasado del parto. Al examen del recién nacido: cianótico, flácido, hipoactivo, [...] y sin respuesta al estímulo. Se le realiza RCP básico, no da respuesta en diez minutos. Pero ya había pasado el tiempo bastante

Doctor Deymer, atendió a Kattlin

El médico comenta que en estos casos, cuando el niño nace cianótico, se le debería suministrar oxígeno inmediatamente porque esto puede ser fatal para el recién nacido.

Aparentemente, nació dice hipoactivo, cianótico, no hubo al nacimiento ninguna respuesta. Lo más probable es que pudo haber tenido enfermedad de membrana hialina, son en los pre-términos. Entonces, nacen con distres respiratorio severo, si en ese momento no se le hace un buen aporte de oxígeno, entonces en el transcurso de minutos, cinco, ocho minutos no llega el oxígeno al cerebro, entra en coma y fallece

Doctor Deymer

Además, el médico dijo que no se pudo hacer la autopsia

Lo otro es que pudo haber tenido algún tipo de malformación, no hemos hecho ahí, la autopsia no, no hemos practicado. ¿Por qué? Porque un detalle aquí con respecto a la población que es de origen aguajún, entonces, hay la negatividad a querer hacer unos exámenes, ¿por qué abrir si ya falleció?, eso, ¿no? Entonces, un poco ese es el, tenemos una barrera en esa parte. Entonces, subjetivamente en base a la clínica, entonces concluimos con los diagnósticos probables de muerte

Doctor Deymer

La muerte del neonato no cuenta con registro en la municipalidad de Condorcanqui.

Causas culturales de la muerte

La muerte del niño es explicada por varias razones:

- La partera considera que la muerte del niño se debió a la caída de la madre.
- La abuela piensa que el niño no nació bien, porque no había completado los nueve meses.
- También consideran como causa el golpe que tuvo el niño cuando nació.
** Según Kattlin el niño no tuvo ninguna caída al nacer
- Además, la abuela menciona que cuando lo trasladó al Centro de Salud no lo cubrió bien, sólo con un pañalito.
** Kattlin y Hugo, padres del niño, están de acuerdo con que el no haber cubierto al niño fue la causa de la muerte.

Valoración de la muerte

La muerte del niño causó tristeza en la familia, pero se encuentran tranquilas, incluso cuando narran la historia.

Pero, manifiestan temor por la propia muerte. El niño estaba completo y no era deforme, entonces no había causa aparente de que muriera, eso les causó temor.

El miedo a la muerte del pequeño se agrava cuando las madres tienen control prenatal mensual. Entonces no hay explicación de lo que sucede después. Esto hace que disminuya la confianza en los establecimientos de salud.

...esa mujer iba a su control, a su control iba por que sentía dolor así ... entonces que pasa, lo que no es enfermero dice que se metió a sacarle su niño. Pero que paso, a su marido le botan para que compre que cosa le habrán mandado que compre. Hasta eso a su mujer han aprovechado para...le cortar y le sacaron su bebe hasta la tripa, todo maltratado. Ahí a la mujer le encuentra su mama, pasa eso y entonces, mamá ya me están matando, hasta ahí le llevaron a emergencia, que emergencia va a ser si ya le cortaron todo sus tripas ya adentro y en el camino muere. El niño también murió, que pues antes del mes que, que lo sacan a la mala

Judy, abuela del niño

Las personas entrevistadas opinaron que hay muchas muertes de niños en los establecimientos de salud porque no se da buena atención en el parto; la percepción es que la muerte materna aumentó después del asesinato de los médicos en el Cenepa, "hay una matanza de mamás" opinan.

Entonces lo que sucede, ha habido muerte de los doctores en Cenepa ... desde ahí empezó matanza a las mamás. Más a las mamás. Desde ahí las mamás que van al hospital le matan. No acá nomás, sino en Bagua, Chiclayo. Sucede eso y entonces la mamá que se fue a tratarse en Chiclayo también lo mataron, lo mataron le llenaron todo gasa, le sacan todo su órgano le llenan de gasa y le cosen bien y le mandan

Judy, abuela del niño

El entierro del niño

La abuela del niño pidió al Centro de Salud que se haga cargo del entierro, pero ellos se negaron porque el niño no había fallecido en ese lugar. Pero ella alega que los profesionales de salud le hicieron sacar al niño de su casa, aún vivo y no murió allá. Entonces ella fue con el niño muerto a la Fiscalía a hacer la denuncia y la autoridad habló con los médicos del establecimiento de salud, quienes finalmente la apoyaron con el ataúd.

...doctor me decía que no te puedo apoyar con ataúd porque niño murió antes de entrar en Hospital. Entonces tuve mucho discusión con ellos porque como iba a morir, o sea como no me van a considerar si mi bebe no murió en mi casa, de mi casa vivo lo traje acá. Ustedes me hacen sacar, si saben muy bien que este bebe, así de esta clase de mes que nace y entonces si muere, por que me hacen sacar?. Y entonces yo vine con mi niño en fiscalía y entonces yo consulte con fiscal. Doctor me están diciendo así, que hago ahora yo, entonces doctor dijo como te van a hablar así, como ellos no te van a apoyar con ataúd, entonces con él me fui. Él habló con doctor y entonces como le van a hacer así, entonces ellos me apoyaron ya después con ataúd
Judy, abuela del niño

Además, la abuela habló con la familia del padre del niño para que la apoyen en el entierro, lo cual aceptaron.

y entonces cuando ya murió les he pedido apoyo a ellos, al nacer bebe han visto que ese bebe era ya su familia de ellos,...su sangre de ellos, ya han reconocido ahí ya ellos han gastado para entierro todo gasto que nos hemos ido, eso si...venido a velar también todo eso
Judy, abuela del niño

El velorio fue en la casa de Kattlin y el niño fue enterrado en el cementerio.

...en el cementerio pero así en la tierra, con ataúd pero sin nicho, ahí hemos enterrado, osea gasto ha hecho su papa del muchacho, el abuelo del niño
Judy, abuela del niño

Los padres de Hugo apoyaron en el entierro.

Si. Su papá me dio para la comida, ellos mismos lo sepultaron. Apoyo cualquier cosa me habían dado, como yo estaba mal. Ellos habían venido a verme, habían venido a velar y a los tres días ya, lo llevaron al cementerio a enterrarlo
Kattlin, madre del niño

Gráfico N° 22
Neonato nacido y fallecido en comunidad
Provincia de Condorcanqui



Fuente: Elaboración del estudio

5.3. Interpretación de resultados

En esta sección se integran en el análisis los casos de Grau y Condorcanqui. Sin embargo, para un mejor entendimiento debe considerarse que el acceso a los servicios de salud difiere considerablemente entre ambas áreas: mientras que las localidades de Grau son accesibles por carreteras en tiempos relativamente cortos, las de Condorcanqui se encuentran dispersas en medio de un inmenso territorio al que generalmente sólo se puede llegar por los ríos, invirtiendo mucho tiempo y recorriendo grandes distancias, al margen de los altos costos del transporte.

Estas diferencias geográficas determinan menor presencia o ausencia del sector salud, a través de intervenciones, en los lugares más alejados; y, menor acercamiento de la población a los servicios, usualmente distantes de su localidad. Esta situación se expresa en las altas tasas de mortalidad y en los bajos porcentajes del parto institucional correspondientes a Condorcanqui, respecto a los de Grau (VII. Capacidad resolutoria de EE.SS.).

5.3.1. Factores sociales y culturales

Con el fin de organizar los hallazgos obtenidos en los ámbitos seleccionados del estudio sobre los factores sociales y culturales de la mortalidad neonatal, se ha utilizado la matriz de las *tres demoras* diseñado para el análisis de la mortalidad materna¹⁷. En este marco se analiza los siguientes factores:

- Factores del entorno: geográfico, social, cultural, económico e institucional.
- Factores interaccionales: relaciones de género, relación personal de salud-usuario, padres-hijas, relaciones de pareja.
- Factores subjetivo-individuales: valoraciones del recién nacido; percepciones, preferencias y prácticas individuales.

Demora en la toma de decisiones y búsqueda de ayuda

Existen varios factores que inciden en la búsqueda de ayuda para la mujer y el recién nacido. Los hallazgos más significativos del estudio son los siguientes:

Subestimación de los riesgos del parto

En alguno de los casos las mujeres a pesar de conocer que existen condiciones de riesgo para el nacimiento del niño, las obvian o subestiman. En uno de los casos analizados la madre es advertida por la obstetriz que el tamaño del feto era incompatible con la pelvis y que debía ser referida al hospital para someterse a una cesárea. Sin embargo, la madre hace caso omiso a esta recomendación y decide dar a luz en su casa. En este caso la causa de este comportamiento es la negación de la gravedad de la situación por el deseo de dar a luz “normalmente” y la desconfianza en el trato y en el tratamiento ofrecido por el personal del establecimiento de salud.

En el momento del parto, que finalmente ocurre en el domicilio, se repiten este tipo de percepciones ambivalentes de quienes atienden a la madre, que no hacen más que demorar la decisión de pedir ayuda. Es posible que detrás de esta demora, también influya la poca valoración de la salud de la madre, o el desconocimiento de los signos de peligro.

Le digo a las cuatro, le digo a su esposo: Hay que llevarla a la posta. No querían pues, ¡yo qué iba a hacer!, no querían. Les dije: ¡Vamos, vamos! Estás que botas líquido..

17 Maine D. *Diseño y Evaluación de Programas para Mortalidad Materna*. Centro para la Población y Salud Familiar – Facultad de Salud Pública. Universidad de Columbia, 1997.

Subestimación de los signos de peligro del niño

En los ocho casos de las autopsias verbales analizadas, aparece como un factor importante la demora en reconocer la gravedad de los signos y/o síntomas que presentan los recién nacidos, que potencialmente pueden ser letales. Las madres y padres relatan haber contemplado, sin tomar acción alguna, durante varios días signos de peligro en el recién nacido. Es el ejemplo del neonato quien presenta una malformación congénita incompatible con la vida, que no es identificada ni tratada a tiempo.

Cuando estaba hinchado su barriguita, de ahí lo botó por acá en su boca un color negro. Yo pensé que su caquita. ¿Qué sería? Como una café, pasta, parecía caquita, pastita era, pastita. Por eso pensé que está botando por acá su caquita, ¿y por qué no caga por acá? Estaba hinchado, su barriguita. Vomitaba por acá negro, negro, parecía café

Después de tres días con estos síntomas, recién deciden trasladar al niño al puesto de salud de la comunidad para que sea examinado por el técnico sanitario. El técnico sanitario prescribe paracetamol (medicamento sintomático para aliviar el dolor) que no produce ningún efecto en la patología quirúrgica del recién nacido, por lo que finalmente se decide trasladarlo al Hospital de Nieva.

La capacidad resolutoria de los EE.SS. del ámbito rural (puestos y centros de salud) esta lejos de responder a los requerimientos de las complicaciones severas tanto de las madres como de los recién nacidos, situación que aumenta la desconfianza en la atención del sistema oficial de salud.

Desconfianza en los establecimientos de salud

La desconfianza en los establecimientos de salud es uno de los hallazgos reiterativos, en ambas provincias. Esta falta de confianza es una de las barreras más importantes para la demanda de los servicios de salud y tiene que ver con el desencuentro del saber biomédico oficial y las tradiciones o la medicina local.

“Por ejemplo, el caso que pasó de su hija de Tiniash, recuerdo. Han operado, lo han matado, decían. Se ha muerto en el puesto, en el centro de salud. Por eso, por esa razón las mamás casi no quieren irse. Tienen miedo”

La desconfianza nace de varios factores: en primer lugar están los casos reales de mal desempeño médico o negligencia del personal de salud; en segundo lugar, la falta de un trato respetuoso y horizontal entre los profesionales de salud y las personas de la comunidad, que se traduce en constantes quejas por maltrato e indiferencia de la situación de salud de las madres y niños que demandan los servicios de salud pública.

Cerca de la amanecida, cerca a las cuatro de la mañana ya nadie estaba, yo nomás estaba solamente el señor Jorge estaba, el estaba de guardia, entonces como ya es de edad, entonces siempre ocurre lo que pasa en estos casos. Siempre recomiendan al pariente, “Si tiene ganas

de hacer el dos me pasas la voz”, no es si también no?, si uno esta de guardia debe estar controlando no, debe estar mirando controlando lo que es el trabajo de parto no?, sin embargo a ultima hora a último momento quieren que se les pase la voz ... totalmente estaba ya mi hija ya, solamente estaba él y la medica, que estaba de guardia, nadie más.

Los relatos de las madres y familiares de los RN fallecidos revelan importantes desencuentros y reiteradas quejas de maltrato, demoras o desatención de las madres gestantes para la atención del parto y/o cuando acuden a los establecimientos para consultar por la enfermedad de los recién nacidos.

Cuando estuvo morado su ombligo lo ingresé al toque a Vilcabamba, En Vilcabamba o le han dado nada, allí han demorado, allí habían pacientes enfermos allí me han demorado, el doctor, fácilmente no me ha atendido, ni medicina ni calmantitos no nos han dado nada, solo a un cuarto junto con internados me han colocado, allí estoy llorando, no, ni por favor nada, me estoy pidiendo auxilio, nada, por favor cualquier cosita, aun cuando sea calmantito dénmelo, su barriguita de mi wawa se hinchó, y no mamaba (lactaba), ay, ay, ay, ay, diciendo no quiso mamar (lactar). Solo gemidos no más le agarró

Esta actitud de indiferencia, la falta de sensibilidad del personal de salud para la atención de la salud de madre y el recién nacido, sumado a la falta de competencia técnica de estos profesionales para resolver las emergencias obstétricas y las complicaciones del recién nacido, no obstante la existencia de equipos e instrumental suficiente para este fin, desacreditan la oferta de servicios de salud pública y no permiten incentivar la demanda de los mismos.

Además, hay razones más profundas y complejas, como es el caso explícito en los indígenas de Condorcanqui, que parecen provenir de un sentimiento de diferencia con lo “mestizo” y de opresión de su aparato institucional. El siguiente testimonio debe entenderse, en el contexto derivado del asesinato del equipo itinerante del MINSA en el Cenepa.

..entonces lo que sucede, ha habido muerte de los doctores en Cenepa ... desde ahí empezó matanza a las mamás. Más a las mamás. Desde ahí las mamás que van al hospital le matan. No acá nomás, sino en Bagua, Chiclayo. Sucede eso y entonces la mamá que se fue a tratarse en Chiclayo también lo mataron, lo mataron le llenaron todo gasa, le sacan todo su órgano le llenan de gasa y le cosen bien y le mandan.

Barreras económicas

Acudir a un establecimiento de salud en el ámbito rural genera desembolsos que se inician con los gastos de transporte para llegar al puesto o centro de salud, algunas veces costos de consulta y la compra de medicamentos que no siempre están disponibles o cubiertos por el Seguro Integral de Salud. Por lo tanto, en la característica situación de pobreza y/o pobreza extrema, el desembolso esperado es una de las barreras principales que inhibe a las familias en la toma de decisión para acudir a un establecimiento.

En uno de los casos analizados para que una madre pudiera trasladarse al Hospital de Nieva para operarse de cesárea, la comunidad tuvo que hacerse cargo de los gastos, de otro modo hubiera sido imposible que la familia los asuma y por ende la gestante habría arriesgado la vida.

Contraposición del conocimiento medico con el saber tradicional

El análisis de las entrevistas de los casos de mortalidad neonatal permite constatar que existe una evidente jerarquización del saber sobre la salud y las alternativas de sanación, siendo el saber médico el modelo formal y el único reconocido por la oferta de los servicios, en contraposición con la medicina y las prácticas tradicionales.

Los médicos me dijeron lo habías asfixiado me dijeron, pero no tenía nada normal esta único el viento, de repente no ha acertado lo que el viento lo ha podido agarrar, viento me dijeron yo nomás digo que los médicos no han acertado eso, no entienden eso, eso los médicos me dijeron se había asfixiado

Antes de ir a los establecimientos los pobladores agotan sistemas de salud alternativos que incluyen la medicina tradicional y el boticario.

Llevarlo al boticario es frecuente. No lo traen acá, acá lo traen cuando ya, cuando ellos ya le han metido un montón de vegetales, le han puesto enemas, le han dado sus medicinas que tienen en casa, luego lo llevan a la botica. A pesar de todo eso que le dan no sale el niño, no se recupera ahí recién lo traen acá, sino más ante no

Falta de implementación del enfoque de interculturalidad en salud

Al igual que para el caso de la mortalidad materna, el enfoque de interculturalidad en la oferta de los servicios de salud aún no está presente y traducido en prácticas para la atención del parto y menos para el cuidado del recién nacido.

Por ejemplo, en todos los establecimientos visitados se pudo verificar que no se conoce o se conoce poco la norma técnica para la atención del parto vertical, no obstante ser establecimientos que atienden población eminentemente rural, el personal de salud no ofrece la atención del parto en esta posición, a excepción del C.S. Galilea donde sí realiza esta práctica.

Muchas de las mujeres entrevistadas en los grupos focales coincidieron en señalar que antes daban a luz en sus casas, atendidas por parteras o familiares y entonces podían utilizar sus hierbas y medicinas tradicionales y estar acompañadas del esposo u otra persona que ella elija. Expresaron que estas son las prácticas que ellas echan de menos y prefieren porque en los establecimientos de salud no les permiten el acompañamiento ni el uso de las medicinas tradicionales.

Porque nosotros cuando damos parto, yo tengo 10 hijos, entonces cuando nosotros bien tapadito?, a la bebe tienes que ponerle al bebe su qumpu, con cualquier pelito así, entonces, a la

wawita ya no le pasa nada. Por eso yo dije esas practicantes me lo han matado a mi wawita, por no saber lo han matado al calatearlo para pesar, allí siempre lo han hecho pasar con el viento.

Preferencia por la atención de la partera

En cuanto a la atención de la salud materna por las parteras las madres comentaron que las parteras no existen o que se fueron a otros lugares porque no son reconocidas como antes para confiarles esta atención¹⁸. Llama la atención que en ninguna de las comunidades visitadas en la provincia de Grau se pudo ubicar a este agente comunitario de salud.

Ahora bastantes sanitarios hay por todas las casas están caminando, entero hasta la puna, están caminando, hasta los pequeños pueblitos, hasta los con pocas casitas son con posta ahora. Antes no era así, esos parteros más mejor sabían en la vena nomás.

Antes parteros no más había esos eran mucho mejor no cierto. Normal atendían. Antes aquí había parteros, cunado no había posta de salud todavía, pero ahora se esta perdiendo ya no hay.

La oferta del parto institucional a través del control prenatal y del radar de gestantes prácticamente cubre la totalidad de la atención del embarazo y el parto en establecimiento de salud.

Si bien se ha establecido que las parteras no deben realizar partos debido a los estudios que demuestran que la atención del parto por profesionales de salud disminuye notablemente la muerte materna, no debería descartarse su rol en el cuidado y acompañamiento de las gestantes.

Parteras vs Sanitarios

En la actualidad hay técnicos sanitarios en todas las comunidades y hasta en los pueblos más pequeños y alejados. Anteriormente sólo había parteras que atendían a las gestantes, cuya efectividad aun sigue siendo reconocida por la población y en muchos casos, superior a la que brindan los sanitarios.

Esos parteros atenderían así, tu barriga si te duele, no cierto si el dolor te agarra no cierto, cuando el dolor agarra tu vena te palpan, en las venas se fijan, ya esta cerca o aún no todavía, la wawa ya va nacer o aun no, eso sienten en la vena, eso se fijan, otros ven dos, tres (tipos) de dolores, un día entero otros están con dolores, bastante tiempo están sufriendo, otros también no sufren, según cuerpo será pues.

Así es que en la vena palpando viendo, aquí en la barriga esta viendo si esta igual o no la wawa, esta derecho o no, así igual como en la posta hacen, igualito hacen, eso te esta palpando la

¹⁸ Como se verá más adelante, en una primera visita de campo, las mujeres de la zona mencionaron que no habían parteras. En la segunda visita se constató su existencia.

partera, matecitos te da, normal matecito, matecito de hierbabuena, de orégano, mate no más pues, con matecito nomás, muy bien te controlan, matecitos calientes te esta dando, friesito, calientito ya también te están dando matecitos.

A través de las entrevistas con las mujeres que tuvieron un recién nacido fallecido y el diálogo con las madres en los grupos de discusión, se pudo apreciar cierta distancia y animadversión con el rol y la atención de los técnicos sanitarios.

Ellas prefieren que sea una mujer quien atienda el control del embarazo y la atención del parto. Además, algunos testimonios revelan la falta de responsabilidad y sensibilidad de estos profesionales para atender las necesidades de las mujeres gestantes en el área rural.

Demora en llegar al establecimiento de salud

La distancia o tiempo de traslado prolongados

En zonas rurales la distancia a un establecimiento de salud es una barrera importante para una pronta atención del recién nacido. En la selva las personas necesitan conseguir un bote a motor para trasladar al enfermo hasta los establecimientos que pueden ayudar o que tienen el nivel de competencia necesaria si los casos se complican. Viajar hasta un establecimiento con la capacidad resolutive adecuada requiere de tiempos especialmente grandes e infranqueables si los niños están graves. En la sierra el tiempo de traslado es también prolongado por la ausencia de vías de comunicación o de transporte.

Falta de condiciones para el traslado de los recién nacidos

El análisis del itinerario de la muerte de los casos de los recién nacidos identificados para las autopsias verbales, da cuenta que para aquellos que requirieron ser trasladados a un establecimiento de salud de mayor complejidad (del centro de salud al hospital), no se contó con el equipamiento y/o la competencia técnica de los profesionales responsables del traslado que garanticen las mejores condiciones de temperatura y estabilidad de las funciones básicas durante el viaje.

El costo de traslado

Los costos de traslado a los que se enfrentan la pobreza de los lugareños (factores estructurales) incluyen combustibles o pasajes. En uno de los casos analizados, para que una madre pudiera trasladarse a que le hagan una cesárea en Nieva, tuvo la comunidad que hacerse cargo de los costos, de otro modo hubiera sido imposible que la familia pudiera hacerlo.

Indiferencia y postergación en la atención por parte del personal de salud

Uno de los componentes indispensables para garantizar la competencia técnica de los proveedores en la atención de la salud es el tema de la oportunidad. Al respecto, se encontró serias evidencias de retraso y demoras para la atención del parto, así como del recién nacido complicado, cuando fue trasladado por emergencia.

Solo cuando ya lloré bastante y fuerte el doctor, cuando lloré y le rogué bastante, así a Abancay me despachó, como a la una ó dos, como a las dos de la tarde ya. Después cuando hice llegar a Abancay, en Abancay al toque me lo han puesto en, creo cuna, o incubadora,

Cuando estuvo morado su ombligo lo ingresé al toque a Vilcabamba. En Vilcabamba o le han dado nada, allí han demorado, allí habían pacientes enfermos allí me han demorado, el doctor, fácilmente no me ha atendido, ni medicina ni calmantitos no nos han dado nada, solo a un cuarto junto con internados me han colocado, allí estoy llorando, no, ni por favor nada, me estoy pidiendo auxilio, nada, por favor cualquier cosita, aun cuando sea calmantito dénmelo, su barriguita de mi wawa se hinchó, y no mamaba (lactaba), ay, ay, ay, ay, diciendo no quiso mamar (lactar). Solo gemidos no más le agarró

Por lo tanto, es preciso sensibilizar y no sólo capacitar al personal de salud para que pueda atender en forma eficiente y oportuna los procesos del embarazo y parto normal y complicado en los establecimientos de salud.

Demora en recibir el tratamiento adecuado en el establecimiento de salud

Buena parte de los factores asociados a la demora en recibir la atención en los servicios de salud tienen que ver con el desempeño del personal de salud y la falta de capacidad resolutive de los establecimientos de salud. En la muerte neonatal también está presente la inadecuada atención del parto.

Negligencia en la atención del parto

Una inadecuada atención del parto tienen un impacto negativo no sólo en la vida y salud de las madres sino también sobre el recién nacido. Todos los factores asociados a una mala atención del parto que pueden causar la muerte materna también pueden conducir a la muerte de un neonato. En uno de los casos analizados una mujer diagnosticada de incompatibilidad entre su pelvis y el feto es atendida por la partera quien sabe el diagnóstico y aun así intenta ayudarla a dar a luz por vía vaginal.

Y bueno, y ella como se iba también a que le vea la partera y la partera le dijo no, tu no eres para cesárea, seguramente que le ha dicho, tu no eres para cesárea, que tu hijito va nacer por la vagina. Parece que sí escuche que le había dicho la partera: ¡No! ¡Para qué te van a cortar

nuevamente!, ¿no?, que yo sé que tu hijo va a nacer por vía vaginal. Entonces, le había dicho la señora: entonces para eso, si tú me haces dar a luz normal, entonces te voy a pagar. Porque eso también me enteré

Malpraxis del personal de salud

El mal desempeño del personal de salud en el momento del parto es también una causa de la muerte neonatal. En el mismo caso de la madre con pelvis incompatible con el tamaño del feto, el médico del centro de salud en el cual se había hecho el diagnóstico y localizado a dos horas de un hospital con la capacidad para hacer una cesárea, intenta por varias horas que el bebe salga normalmente.

Si el niño no podía nacer rápido porque el doctor me decía que o sea, cuando yo tenía dolores yo pujaba y de ahí se me pasaba el dolor y de ahí, después me dijo, yo le digo porque no me levanta, me aprieta algo para que salga no me dijo, que venga otra vez el dolor para que otra vez pujes y el bebe estaba ahí, como decía el doctor esta parte está afuera, la parte de acá delantera, como no me daba dolor ahí me tenía

... desde las nueve de la noche, hasta las cuatro de la madrugada...a las nueve de la noche ya habíamos, ya el niño se había mostrado su cabecita.

Prácticas tradicionales peligrosas

Otro factor asociado a una mala atención del parto lo constituyen los intentos de su atención, en casos complicados, con plantas que son poco efectivas.

En Condorcanqui existe la creencia que el Toé facilita la salida del bebe y por ello se le aplica a madres en el momento del parto dilatando el tiempo de derivación a un establecimiento de salud o simplemente inhibiéndolo.

Falta de competencia del personal de salud

Los problemas de desempeño de los servicios de salud parecen ser frecuentes en algunos casos es bastante evidente u “objetivo”, en otros muy permeado por la perspectiva de las madres o sus familiares.

Por eso yo dije esas practicantes me lo han matado a mi wawita, por no saber lo han matado al calatearlo para pesar, allí siempre lo han hecho pasar con el viento.

El testimonio muestra no necesariamente una mala práctica causante de la muerte del bebe, sí, una percepción importante que luego es comunicada al restos de pobladores y que posteriormente inhiben la asistencia al establecimiento de salud.

En otros casos la agresión, el insulto y el racismo de parte del personal de salud hacia las madres indígenas se muestra evidente:

Y lo han atendido rápido estaban hay y le pusieron con luz eso todavía le han puesto, le habrá pasado frío, no lo habrás lactado, lo habrás apachurrado todavía le han insultado, le ha dicho esas señoritas de las enfermeras, le han dicho: “lo ha matado a su hija, claro pues tenía que matar, .. “eso dijo la Señora Nancy dijo: “Esa chola lo había matado a su hijo, diciendo.

A veces los establecimientos de salud no atienden a las personas aduciendo razones de horario, las mujeres relatan en uno de nuestros casos haber tenido que llorar y suplicar para que el niño reciba atención.

Entonces fui, tardecita ya llegué con esta criaturita, a la una o las dos ya serían. A la una seguro que llegué, entonces no se la una será descanso no cierto: “hora de descanso es” diciendo me dijo. Yo ya estaba en estado ahí fui ha hacerme controlar y no me quiso atender “hura exacta regresas”.

En Vilcabamba o le han dado nada, allí han demorado, allí habían pacientes enfermos allí me han demorado, el doctor, fácilmente no me ha atendido, ni medicina ni calmantitos no nos han dado nada, solo a un cuarto junto con internados me han colocado, allí estoy llorando, no, ni por favor nada, me estoy pidiendo auxilio, nada, por favor cualquier cosita, aun cuando sea calmantito dénmelo, su barriguita de mi wawa se hinchó, y no mamaba (lactaba), ay, ay, ay, ay, diciendo no quiso mamar (lactar). Solo gemidos no más le agarró

Falta de capacidad resolutive de los establecimientos de salud para atención del recién nacido

Como parte del estudio se aplicó un instrumento que permitió verificar la existencia de personal, equipos e infraestructura acorde con el nivel de complejidad del establecimiento de salud. El análisis de esta información revela la existencia de instrumental y equipos modernos y suficientes para atender la demanda de la salud de los recién nacidos, tanto en la provincia de Grau como en Condorcanqui. Sin embargo, una gran deficiencia es la falta de personal especializado (pediatras o enfermeras pediátricas), así como el desconocimiento del manejo y mantenimiento de los equipos disponibles.

5.3.2. Valoración de las muertes de los recién nacidos

Por la comunidad

Contrariamente a lo que la *gente de afuera* suele percibir sobre el sentir de las familias campesinas o indígenas frente a la muerte, a las que se atribuye cierta indiferencia, las entrevistas realizadas durante el estudio revelan que tanto en Grau como en Condorcanqui,

el fallecimiento de los recién nacidos causa gran tristeza en las familias, particularmente en los padres.

Cuando la muerte del recién nacido fue cercana, la pena de las madres entrevistadas se expresó a través de lágrimas de dolor por el recuerdo de sus hijos fallecidos, lo que impidió en algunos casos terminar la entrevista en una primera instancia.

Dicen que cuando se muere un niño la gente no siente, pero es lo contrario, aquí al menos contamos con centro de salud, hay algunas familias que se encuentran muy alejados de posta y muchos niños por falta de atención mueren. Yo siempre he dicho los niños o los adultos mueren y siguen muriendo por la pobreza. El valor es igual cuando se muere un adulto o un niño recién nacido. Una madre es la que mas sufre, hay una gran tristeza. En el mundo mestizo poco valor le dan, pero para los wampis es igual que se muera un RN o uno mayor.

Apu de Galilea

Este sentimiento es más profundo cuando el bebe era esperado y de sexo masculino, lo que refleja mayor valoración por los varones que por las mujeres y la percepción de los diferentes roles que cumplen en las comunidades.

El dolor y sufrimiento se profundiza ante la ausencia de una explicación de las causas de la muerte del neonato, lo cual deviene en múltiples razonamientos de la familia y de la comunidad. La muerte se explica por diversas causas: sentimientos de los padres hacia el embarazo, situación de legalidad del embarazo (si es casada o no), cuidado durante el embarazo y la actuación de la partera o el personal de salud en el momento del parto.

El sentimiento de dolor frente a la muerte del recién nacido es íntimo en la familia y se expresa así en el momento del velorio y el entierro, al cual asiste solamente la familia más cercana. Sólo en dos de los casos de Condorcanqui se señaló que al velorio asistieron compañeras de colegio de la madre o compañeros de trabajo del padre.

Al recién nacido se le valora como *puro*, sin contaminación y sin pecado, por lo que el color blanco es predominante en la ropa con que se viste al bebe fallecido, el ataúd y los adornos. En Condorcanqui, en uno de los casos, se hace referencia que se enterró al bebe sin cajón o sin ropa, lo cual evidencia la extrema pobreza de la familia.

A los recién nacidos fallecidos se les entierra en los cementerios lo que expresa que se les percibe como parte de la comunidad, y donde el sentimiento privado y familiar pasa a ser un sentimiento público compartido. En Condorcanqui hay otras costumbres, como el entierro del bebé en un lugar cerca de la vivienda como señal de un amor profundo hacia el fallecido.

Las tumbas de los bebés recién nacidos son visitadas por los padres, como sucede en un caso en Grau.

Porque como paloma blanca la wawita se va volando, por eso solamente por las noches hay que enterrar, no de día, con velitas acompañan las criaturitas, con floritas con velitas, así nomás, se enterra en un cajoncito, un cajoncito blanco nos dieron en Abancay en así lo hemos enterrado.
Familiar de RN fallecido

Mucha pena he tenido por esa wawita, terriblemente he llorado casi hasta ataque me ha agarrado, como son puras mujercitas mis wawitas, era pues varoncito esa mi wawita, así terriblemente he llorado.

Madre de RN fallecido

Por el personal de salud

Existe una percepción equivocada del personal de salud sobre la valoración que la comunidad le da a la muerte neonatal. Es frecuente que se subestimen los sentimientos de las familias cuando muere un recién nacido.

Si muere un RN casi no toman conciencia, pasa desapercibido. No es como los mestizos que sí se resienten, se apenan. Los indígenas se apenan poco.

Obstetrix de Galilea

Cuando se muere un niño, tanto el padre como la madre...no lo sienten. Valoran más al RN hombre, a veces prefieren salvar al animal que al niño. Por ejemplo la vaca les va a dar un ingreso, el niño les va a dar un gasto

Personal de Salud de Grau

Es evidente que hay un desconocimiento sobre las formas de expresión cultural de los habitantes de ambas regiones. La falta de iniciativas personales, la ausencia de métodos de investigación cultural y su aplicación sistemática, así como la inexistencia de políticas dirigidas a conocer la comunidad en sus diversos aspectos, impiden que los trabajadores de salud puedan intervenir e incidir sobre temas específicos para prevenir la muerte neonatal y adaptar los paquetes de intervenciones vigentes a las características propias de cada zona.

VI

Capacidad Resolutiva de Establecimientos de Salud



VI. CAPACIDAD RESOLUTIVA DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

En esta sección se analiza la capacidad de los establecimientos de salud para cumplir con las funciones obstétricas y neonatales que le corresponde a su categoría, de acuerdo a la disponibilidad de sus recursos. Los EE.SS. evaluados están ubicados en lugares donde ocurrieron muertes neonatales, en la provincia de Grau¹⁹ y Condorcanqui, respectivamente.

La evaluación ha sido realizada utilizando el software: *aplicativo de funciones obstétricas y neonatales MINSA – Proyecto 2000, versión 1.1.0.*, diseñado para determinar la capacidad que tiene un establecimiento para ofrecer dichas funciones, según reúna determinadas condiciones de personal, equipamiento, instrumental, medicamentos e insumos. Este instrumento de evaluación exige que los recursos estén ubicados en ambientes específicos para calificar con el máximo puntaje.

En la Tabla N° 23, 24 y 25, a cada establecimientos le corresponden dos columnas: la primera (A), presenta los porcentajes alcanzados para cada función, como resultado de aplicar el software en los ambientes específicos (condiciones ideales); y la segunda (B), los porcentajes obtenidos al considerar sólo si se cuenta con los recursos, independientemente del ambiente donde se encuentren.

Esta doble observación se debe a que los EE.SS. no cuentan con ambientes exclusivos de emergencias obstétricas, hospitalización obstétrica ni neonatal; pero muchos de los equipos o insumos que exige el software para esos servicios se encuentran en otros ambientes. Considerando que en la práctica pueden cumplirse funciones obstétricas y neonatales con los recursos en general, se ha realizado un ensayo paralelo tomando en cuenta su existencia sin tomar en cuenta su ubicación.

Se han identificado los recursos faltantes, de manera que se pueda definir por un lado, la brecha de cada establecimiento respecto a condiciones ideales, y por otro, la brecha para cumplir, aunque con limitaciones, las funciones obstétricas y neonatales correspondientes.

¹⁹ Se incluye el Hospital Guillermo Díaz de la Vega ubicado en la provincia de Abancay por ser el hospital de referencia de mayor capacidad resolutive.

Debido a que los recursos humanos constituyen un aspecto central en la oferta de servicios y en la calificación de la capacidad resolutive, se ha incluido información sobre su disponibilidad. Al respecto, cabe señalar que los porcentajes obtenidos para cada función obstétrica o neonatal, como resultado de la aplicación del software, sólo serán reales si se cuenta con un equipo de profesionales (médico, obstetrix, enfermera) disponible 24 horas; de lo contrario, dichos porcentajes representarán capacidades potenciales basadas en la existencia de recursos físicos. Es decir, un establecimiento podría contar con todos los equipos, instrumental, medicamentos, etc. pero si no cuenta con el personal necesario, los porcentajes logrados (aunque sean altos) estarían graficando únicamente la capacidad instalada.

Por último, a modo de referencia, se presentan indicadores relacionados a la atención obstétrica que tienen influencia sobre la salud neonatal.

6.1. Provincia de Grau – Apurímac

En la provincia de Abancay fue evaluado el Hospital I Guillermo Díaz de la Vega, hospital de referencia de mayor capacidad resolutive de la región (distrito de Abancay); y en la provincia de Grau, el Hospital de Chuquibambilla (distrito de Chuquibambilla), el Centro de Salud de Vilcabamba (distrito de Vilcabamba) y el Puesto de Salud Progreso (distrito Progreso).

6.1.1. Consideraciones sobre los EE.SS. evaluados

Hospital I Guillermo Díaz de la Vega

El Hospital Guillermo Díaz de la Vega, construido hace 43 años, dispone de 126 camas arquitectónicas, distribuidas en los 4 servicios básicos: medicina, cirugía, gineco-obstetricia y pediatría (que incluye neonatología). Corresponde a la categoría II-1, por lo que ha sido evaluado según funciones obstétricas y neonatales esenciales.

Se ha podido verificar algunas características que limitan la calidad de la atención neonatal:

- El servicio de neonatología ha sido instalado en un ambiente provisional que no permite cumplir con las condiciones mínimas de bioseguridad.
- No cuenta con personal de la especialidad (neonatólogo), en la actualidad sólo hay un pediatra fijo y otro temporal.
- El personal de enfermería y técnicos no está capacitado para la atención de neonatología y para la atención en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).
- A pesar de contar con instrumental y equipamiento especializado (incubadoras, ventiladores y servocunas), no todos están operativos por falta de mantenimiento.



Hospital de Chuquibambilla

El Hospital de Chuquibambilla ha sido categorizado como centro de salud I-4 por lo que se ha evaluado su capacidad para cumplir con funciones obstétricas y neonatales básicas. Actualmente cuenta con 4 médicos generales (no dispone de pediatra ni de gineco-obstetra).



Centro de Salud Vilcabamba

El Centro de Salud de Vilcabamba corresponde a la categoría I-2, por lo tanto, se ha evaluado su capacidad para ofrecer FON primarias. El establecimiento recibió apoyo en infraestructura y equipamiento del PARSalud; pero el Centro Obstétrico prácticamente se encuentra cerrado y subutilizado por falta de personal especializado y competencias técnicas del personal actual.

Uno de los problemas verificados durante la visita fue la inadecuada alimentación para los pacientes hospitalizados y para las gestantes alojadas en las *Casas Maternas* o *Casas de Espera*.

Esta situación tiene particular impacto en la salud y la sobrevivencia de los recién nacidos, considerando la alta incidencia de bajo peso al nacer por desnutrición materna.

Se constató que en vez de garantizar la administración de líquidos y alimentos a las púerperas, se les facilitaba el uso de leches maternizadas cuando por alguna razón no podían dar de lactar.

Puesto de Salud Progreso

La situación de este P.S. no varía respecto al contexto de pobreza y precariedad de sus instalaciones. Ha sido evaluado bajo FON primarias. Como en el caso anterior, tampoco cuenta con presupuesto para alimentación de hospitalizados y púerperas.



6.1.2. Aplicación del instrumento FON

El Hospital Guillermo Díaz de la Vega, logra entre 89 y 96 por ciento de avance entre las diversas funciones obstétricas y neonatales esenciales, cuando se evalúa de manera estricta

(por ambientes), y entre 91 y 96 por ciento si se consideran sus posibilidades de atención por recursos en general (Tabla N° 23).



RN con malformación congénita. Hosp.GDV

Sin embargo, este puntaje alcanzado aparentemente alto, deja de tener impacto en la calidad y oportunidad de la atención al verificar los faltantes específicos para que cada función sea cumplida a cabalidad. Por ejemplo, en el caso de *atención del parto distócico o complicado y recién nacido con complicaciones*, así como *atención de sepsis neonatal*, los equipos faltantes son: equipo de punción lumbar, equipo de cateterismo umbilical, equipo de exsanguíneo transfusión.

Asimismo, para *extracción manual de placenta complicada*, *atención de la HIE* y *atención de hemorragia severa y shock hipovolémico*, *patología quirúrgica neonatal no complicada* y *cesárea*, se identifican faltantes comunes: expansores plasmáticos, bolsa colectora de sangre, plasma fresco congelado, paquete globular, y otros recursos de menor importancia.

Si a esto se suma la escasez de recursos humanos (médicos pediatras, neonatólogos y gineco-obstetras), se puede concluir que la verdadera capacidad resolutoria del Hospital de Abancay es limitada, aunque numéricamente sean pocos los recursos que le faltan.

Tabla N° 23
Capacidad resolutoria de EE.SS. – FON Esenciales
Provincia de Abancay

Funciones obstétricas y neonatales esenciales	Hospital I G. Díaz de la Vega	
	A	B
Consulta prenatal esencial	92	92
Atención parto distócico o complicado y RN con complicaciones	89	94
Extracción manual de placenta complicada	92	93
Atención aborto incompleto	91	91
Atención de HIE moderada, severa y eclampsia	94	95
Atención de la hemorragia severa y shock hipovolémico	94	95
Atención de sepsis	89	94
Atención de desgarro vaginal III y IV	93	93
Cesárea	93	95
Laparotomía	92	93
Histerectomía abdominal	92	93
Patología quirúrgica neonatal no complicada	89	94
Anticoncepción post parto (oral, inyectable, DIU, AUV y consejería)	96	96

Fuente: Aplicativo de Funciones Obstétricas y Neonatales (MINSa – Proyecto 2000)

El Hospital de Chuquibambilla de la provincia de Grau, logra en la evaluación de la capacidad resolutive entre 50 y 89 por ciento de avance entre las diversas funciones obstétricas y neonatales básicas, cuando se evalúa de manera estricta (por ambientes), y entre 85 y 97 por ciento si se consideran sus posibilidades de atención por recursos en general.

Es evidente la situación de vulnerabilidad para las gestantes y los recién nacidos de la zona, al verificar los bajos puntajes en la atención de funciones relacionadas a las primeras causas de muerte materna (*HIE, hemorragia severa y shock hipovolémico*), y con la muerte neonatal (*trabajo de parto distócico, recién nacido con complicaciones y sepsis*).

Los faltantes más importantes identificados para cumplir estas funciones específicas son: catéteres endovenosos, expansores plasmáticos, equipo de flebotomía, equipo de fototerapia, pruebas e insumos de laboratorio, además de algunos fármacos.

En este caso, a excepción del equipo de fototerapia y de la pruebas de laboratorio que no se hacen, que probablemente demanden capacitación, equipos e insumos, los demás recursos aparentemente no deberían faltar, tratándose en su mayoría de soluciones, medicamentos y material fungible.

Tabla N° 24
Capacidad resolutive de EE.SS. – FON Básicas
Provincia de Grau

Funciones obstétricas y neonatales básicas	Hospital Chuquibambilla	
	A	B
Consulta prenatal básica	81	85
Parto eutócico y atención RN normal	67	96
Trabajo de parto distócico	78	92
Recién nacido con complicaciones	61	96
Retención placenta no complicada	95	95
Retención de placenta complicada	78	94
Atención de la HIE (leve)	79	90
HIE moderada/severa	75	88
Atención de la hemorragia leve	72	96
Hemorragia severa y shock hipovolémico	63	90
Sepsis	50	94
Aborto incompleto	72	92
Atención de desgarro vaginal I, II	95	96
Desgarro vaginal III, IV	84	93
Reparación de desgarro de cuello uterino	96	97
Cirugía obstétrica	73	88
Anticoncepción post parto	89	93

Fuente: Aplicativo de Funciones Obstétricas y Neonatales (MINSA – Proyecto 2000)

El puntaje alcanzado por el C.S. Vilcabamba para las funciones obstétricas y neonatales primarias oscila entre 96 y 100 por ciento, lo que se explica por la existencia de infraestructura y equipamiento prácticamente completos para la atención del parto y del recién nacido normales, debido a la intervención del PARSalud.

Finalmente, el P.S. Progreso alcanza sólo entre 73 y 85 por ciento, porcentajes que limitan su calificación para cumplir con las funciones obstétricas y neonatales primarias. Sin embargo, los faltantes son mínimos tratándose básicamente de soluciones, medicamentos e insumos, fácilmente subsanables.

En estos dos últimos casos, sus posibilidades de atención efectiva y oportuna de casos complicados dependen de la capacidad de detección temprana y del funcionamiento del sistema de referencia al Hospital de Chuquibambilla o Abancay, ya que por su calificación su responsabilidad se limita a la atención de casos normales.



Tabla N° 25
Capacidad resolutive de EE.SS. – FON Primarias
Provincia de Grau

Funciones obstétricas y neonatales primarias	C.S. Vilcabamba	P.S. Progreso
	A	A
Consulta prenatal primaria	96	85
Parto inminente y atención del RN normal	98	85
Identificación y referencia oportuna de gestantes y puérperas	98	82
Anticoncepción post parto (oral, inyectable, consejería)	100	73

Fuente: Aplicativo de Funciones Obstétricas y Neonatales (MINSA – Proyecto 2000)

6.1.3. Los recursos humanos

En la Tabla N° 26 se muestra la disponibilidad de recursos humanos. Se observa escasez de personal. Actualmente solamente el Hospital Guillermo Díaz de La Vega y el de Chuquibambilla están en posibilidades de cubrir la atención 24 horas; mientras que en los demás establecimientos la escasez de personal no lo permite.

Tabla N° 26
Recursos humanos
Establecimientos de salud evaluados

Establecimiento de salud	Médico	Obstetriz	Enfermera
Hospital I G. Díaz de la Vega	46	16	72
Hospital Chuquibambilla	3	2	3
C.S. Vilcabamba	1	2	1
P.S. Progreso	1	1	1

Fuente: Elaboración de consultoría

6.1.4. Los recursos faltantes

A continuación se muestra la relación de recursos faltantes de los establecimientos evaluados en la provincia de Abancay y Grau, en las que se registra sólo aquellos recursos materiales cuya inexistencia es absoluta. Esta relación constituye una lista de prioridades; mientras que en el Anexo N° 5, se consignan los recursos faltantes que deberían estar en ambientes específicos para mejorar las condiciones de atención.

Tabla N° 27
Recursos faltantes en el Hospital Guillermo Díaz de la Vega

Equipos	Material fungible
Equipo de aire acondicionado	Bolsa colectora de sangre
Equipo de aspiración endouterina (AMEU)	Catgut crómico 00 c/a MR 35
Equipo de ex sanguíneo transfusión	Catgut crómico 000 MC 25 con aguja o Vicril 000
Equipo de cateterismo umbilical	Cinta reactiva para albúmina en orina
Equipo de extracción de vacío Mallstrom	Cinta reactiva para glucosa
Fuente de calor en lugares fríos	Papel secante o secador de manos
Termómetro ambiental	Papel tornasol rosado o nitrazina
Instrumental	Medicamentos
Cánula Mayo Guedal	Complejo B orales y parenterales
Equipo de inserción de DIU	CPAP Neonatal
Equipo de punción lumbar	Expansores plasmáticos
Pinza de Craford con pico fino	Soluciones para alimentación parenteral
Pinza de Haeney con dos puentes	Tocolíticos
Pinza de limpieza Pean larga	Sangre segura y derivados
Rodillo para huella plantar (palmatoscopia)	Paquete globular y Plasma fresco congelado a -20 C
Valva vaginal de peso Aubard	Exámenes de laboratorio
Soluciones	Fibrinógeno; FTA , ABS o TPH
CIDEX	Gonadotrofina coriónica sub unidad beta
Tintura de yodo	Hemocultivo

Fuente: Aplicativo de Funciones Obstétricas y Neonatales (MINSA - Proyecto 2000)

Tabla N° 28
Recursos faltantes en el Hospital de Chuquibambilla

Equipos	Medicamentos
Equipo de fototerapia	Aminofilina parenteral
Equipo de flebotomía	Expansores plasmáticos
Soluciones	Gluconato de calcio 10% parenteral
CIDEX	Insulina
Formalina tabletas y solución	Soluciones para alimentación parenteral
Solución antiséptica iodopolividona	Material fungible
Solución de hipoclorito de sodio	Catéter endovenoso N° 18
Vaselina líquida	Catéter endovenoso N° 23 y 25
Exámenes de laboratorio	Catgut crómico 00 c/a MR 35
Creatinina	Cinta reactiva para albúmina en orina
Urea	Espátula de Ayre; Hoja de referencia
RPR/VDRL	Papel secante o secador de manos
Velocidad de sedimentación	Papel tornasol rosado o nitrazina

Fuente: Aplicativo de Funciones Obstétricas y Neonatales (MINSA - Proyecto 2000)

Tabla N° 29
Recursos faltantes en el Centro de Salud Vilcabamba

RECURSOS
Bencina yodada
Fetoscopio de Pinar
Papel secante o secador de manos

Fuente: Aplicativo de Funciones Obstétricas y Neonatales (MINSA - Proyecto 2000)

Tabla N° 30
Recursos faltantes en el Puesto de Salud Progreso

RECURSOS
Batas para pacientes
Biombos o aditamentos para privacidad
Bolsa autoinflable de reanimación para RN
Cánula de Mayo Guedel
Expansores plasmáticos
Fenobarbital oral y parenteral
Glucosa
Mandilón estéril
Papel secante o secador de mano
Soleras
Tallímetro
Teléfono disponible

Fuente: Aplicativo de Funciones Obstétricas y Neonatales (MINSA - Proyecto 2000)

6.1.5. Indicadores asociados a la disminución de la mortalidad neonatal

En el 2007, el número de gestantes afiliadas en las provincias de Grau-Cotabambas fue de 2,175, distribuidas entre la microrred Lambrama (96), Chuquibambilla (233), Tambobamba (394), Cotabambas (305), Haquira (339) y Vilcabamba (191). Se registraron 1,558 partos en EE.SS., lo que determina que 71.6% de los partos fueron institucionales (Tabla N° 31).

Estos hallazgos están relacionados a los resultados cuantitativos y cualitativos del presente estudio, en cuanto a la disminución del parto domiciliario y el incremento del parto institucional en la población rural. Este aumento de la atención calificada del parto, al enfrentar las barreras

económicas (SIS), culturales (adecuación cultural del parto) y geográficas (*casas de espera*) supone una disminución de la incidencia de muerte materna y neonatal en la zona del estudio.

Al respecto, las estimaciones oficiales revelan que la mortalidad materna ha disminuido en el departamento de Apurímac en 33 por ciento, entre el 2005 y 2006 (de 15 a 10 muertes anuales)²⁰; mientras que la mortalidad neonatal disminuyó en 4.6% (de 43 a 41 muertes anuales), entre 1996 y 2000, manteniéndose casi constante en ese periodo²¹.

Sin embargo, a excepción de la MR Haquira (48.4%), en las demás la mayoría de partos fueron atendidos en puestos de salud: MR Lambrama 76%; MR Chuquibambilla 60.1%; MR Tambobamba 54.3%; Cotabambas 56.1%; y MR Vilcabamba 83.8%, lo cual se da a pesar de que las normas del MINSA estipulan que los partos deben atenderse en centros de salud y hospitales a cargo de un equipo de profesionales, quienes podrían manejar de mejor manera las complicaciones.

Aun así, la atención del parto por personal profesional en la provincia Grau-Cotabambas ha aumentado notablemente, de 72 por ciento en el 2002 a 99.2 por ciento en el 2007. Asimismo, el parto institucional creció de 67.6 por ciento a 71.6 por ciento en el mismo periodo²².

Si bien los partos atendidos por profesionales han aumentado considerablemente, el que se sigan atendiendo en puestos de salud podría incrementar la tasa de letalidad por complicaciones obstétricas y neonatales debido precisamente a las condiciones de infraestructura y equipamiento, que no son las más adecuadas en este tipo de establecimientos para el manejo de complicaciones. Por lo tanto, es necesario intervenir con estrategias que permitan lograr la referencia oportuna a los centros y hospitales para la atención calificada de dichas complicaciones obstétricas y neonatales durante el embarazo, parto y puerperio.

Por otro lado, resalta la baja proporción de púerperas controladas (63.1%), más aun, considerando que la muerte neonatal se produce durante los primeros 28 días de vida. Lo mismo sucede, aunque en mayor grado, con las cesáreas (2.9%), intervención quirúrgica que se espera realizar entre 5 y 15%, por lo que la cifra reportada para la provincia Grau-Cotabambas resulta muy baja, lo que traduce el riesgo para madre y el recién nacido así como, probablemente, lesiones efectivas no registradas. Esta situación expresa por un lado, la falta de capacidad resolutive y por otro, la resistencia de la población a este procedimiento.

Durante la visita de campo se pudo constatar la existencia de oxitocina y sulfato de magnesio en el stock de farmacia, así como de sulfato ferroso y ácido fólico, además de antibióticos parenterales.

20 Red Nacional de Epidemiología. DGE, MINSA, 2007.

21 INEI-ENDES II, III, IV.

22 SIS. Elaboración: PARSalud.

Sin embargo, se reporta sólo 66.6% de uso de oxitocina en la provincia de Grau-Cotabambas y 38.5% de uso de sulfato de magnesio en HIG severa, de 13 gestantes diagnosticadas con esta patología; el 91% recibieron sulfato ferroso y el 28.7% ácido fólico.

El 85% de gestantes con diagnóstico de RPM recibió tratamiento antibiótico parenteral y sólo el 26.3% de gestantes con diagnóstico de parto pretérmino recibieron corticoides.

Por otro lado, sólo al 64.6% de gestantes se les realizó examen de laboratorio de VIH; al 67.2%, de orina completa; y al 55.3%, de sífilis.

Respecto a los niños RN, no se reporta casos de control de crecimiento y desarrollo durante el primer mes de vida.

Estos valores, obtenidos a partir de las bases de datos SIS, reflejan la necesidad de difundir a la población el conjunto de medidas dirigidas a evitar la muerte materna y neonatal; así como su aplicación respectiva por el personal de salud, el cual, en la mayoría de casos, desconoce la real dimensión de las coberturas y las estrategias para mejorarlas.

Tabla N° 31
Indicadores en gestantes afiliadas
Provincia de Grau-Cotabambas, 2007

Indicador	Valor
Número de partos esperados	2,175
Número de partos atendidos	1,558
Proporción de parto institucional	71.6%
Proporción de partos atendidos por profesional	99.2%
Proporción de partos pretérmino	17.8%
Porcentaje de cesáreas	2.9%
Porcentaje de gestantes con atención prenatal	92.7%
Porcentaje de gestantes con atención prenatal en el 1er trimestre	40.7%
Porcentaje de gestantes con 6 controles prenatales	42.9%
Porcentaje de gestantes con 4 controles prenatales	67.7%
Porcentaje de gestantes con mínimo 1 APN atendida por profesional	86.3
Proporción de puerperas controladas	63.1%
Porcentaje de gestantes con embarazo- puerperio complicado	9.0%

Fuente: SIS. Elaboración: PARSALUD.

6.2. Provincia de Condorcanqui - Amazonas

En la provincia de Condorcanqui fueron evaluados el Hospital I Santa María de Nieva y el Centro de Salud Galilea.

6.2.1. Consideraciones sobre los EE.SS. evaluados

Hospital I Santa María de Nieva

El Hospital I Santa María de Nieva adquiere dicha denominación por una Resolución Regional que lo eleva de C.S. I-4 a Hospital II-1; pero no reúne las condiciones de esa categoría, por lo que ha sido evaluado con los parámetros de funciones obstétricas y neonatales básicas, y no esenciales como le corresponden a un Hospital I. Sin embargo, se encuentra bien equipado y su infraestructura muestra óptimas condiciones.



No cuenta con personal completo ni tiene posibilidades de cumplir con los turnos que pide la norma (anestesiólogo o médico calificado en anestesia obstétrica y neonatal; enfermera con competencias en recuperación de adultos; enfermera con competencias neonatales; gineco-obstetra o médico calificado en GO; médico calificado en neonatología; médico calificado en operaciones de cirugía general; médico internista; obstetras, enfermeras y técnicos de apoyo), disponibles 24 horas.

Por otro lado, no cuenta con equipos de Rayos X ni ecógrafo, sangre segura, tópicos para la atención gineco-obstétrica y neonatal, ambientes de hospitalización diferenciados, ambientes quirúrgicos para legrados, cirugía general y gineco-obstétrica, equipos de hemoterapia, y equipos e insumos para ciertos exámenes de laboratorio que exige la categoría de hospital I.

Sin embargo, se cuenta con sala de operaciones en la que se realizan intervenciones quirúrgicas a cargo del Director de la Red Nieva, médico gineco-obstetra, quien hace guardias nocturnas y es llamado cuando ocurre una emergencia, aunque no atiende consultas ambulatorias.

Durante la visita se encontró a todos los profesionales y técnicos que laboran en dicho establecimiento.

Centro de Salud de Galilea

El Centro de Salud Galilea ha sido evaluado con los parámetros de funciones obstétricas y neonatales básicas, según le corresponde a su categoría.



En noviembre del 2005 se inicia su remodelación, pero en julio del 2006 se detiene la obra por falta de recursos, dejándose inconclusa y estancada por un año y medio, durante el cual la atención para todo efecto se limita a dos ambientes; en febrero del 2008 se reinicia la obra, estando actualmente en la fase de acabados.

Por esta situación, la atención se realiza en pésimas condiciones y en medio del desorden, generando el descontento de los usuarios y del personal. En el momento de la visita sólo estaban presentes la obstetriz y una técnica de enfermería; el médico, el enfermero, el biólogo y 2 técnicos, se encontraban ausentes.

En el Centro de Salud Galilea casi la totalidad de partos se realizan en la casa de espera (parto vertical) ubicada en el mismo terreno del establecimiento, estando a cargo de una obstetriz con amplia experiencia en esta técnica.



6.2.2. Aplicación del instrumento FON

El Hospital I S.M. Nieva logra entre 39 y 76 por ciento de capacidad resolutive entre las diversas funciones obstétricas y neonatales básicas, cuando se evalúa de manera estricta (por ambientes), y entre 82 y 94 por ciento si se consideran sus posibilidades de atención por recursos en general; mientras que el C.S. Galilea obtiene entre 39 y 75 por ciento en el primer caso, y entre 68 y 90 por ciento, en el segundo (Tabla N° 32).

Estos porcentajes constituyen rangos y no valores para cada función, en algunas de las cuales se evidencia valores bajos, lo que obedece a la falta de recursos en el tópico de emergencias obstétricas (que no existe como tal), en hospitalización neonatal y obstétrica (que también son ambientes de hospitalización generales); y a la falta absoluta de algunos recursos.

En el caso del Hospital I de Nieva, para la *atención del parto distócico o complicado*, los faltantes corresponden a insumos de laboratorio: cinta reactiva para albúmina, papel tornazol, cinta reactiva para glucosa, y materiales como cánulas y sondas; para la *atención del recién nacido con complicaciones* se identifican faltantes menores: estetoscopio neonatal, termómetro rectal, cinta para glucosa, entre otros.

Lo mismo sucede con otras funciones básicas que para su cumplimiento integral faltan pocos elementos. Sin embargo, la limitación principal se encuentra en la falta de recursos humanos disponibles 24 horas. Para el caso del C.S. Galilea, los faltantes para estas mismas funciones son algo mayores y corresponden a medicamentos (diuréticos, tocolíticos, antihipertensivos), insumos de laboratorio (papel tornazol, cinta para orina, cinta para glucosa), y otros de menor importancia, pero como en el caso anterior los valores bajos obedecen a la falta de personal.

Tabla N° 32
Capacidad resolutive de EE.SS. – FON Básicas
Provincia de Condorcanqui

Funciones obstétricas y neonatales (FON)	Hospital I S.M. Nieva		C.S. Galilea	
	A	B	A	B
Consulta prenatal básica	55	82	67	74
Parto eutócico y atención RN normal	50	87	63	78
Trabajo de parto distócico	67	91	64	82
Recién nacido con complicaciones	51	92	64	82
Retención placenta no complicada	72	89	73	83
Retención de placenta complicada	76	94	71	90
Atención de la HIE (leve)	39	84	39	71
HIE moderada/severa	59	88	56	82
Atención de la hemorragia leve	60	93	60	84
Hemorragia severa y shock hipovolémico	63	90	61	85
Sepsis	47	87	60	81
Aborto incompleto	73	92	67	87
Atención de desgarro vaginal I, II	73	93	75	86
Desgarro vaginal III, IV	74	94	69	85
Reparación de desgarro de cuello uterino	72	93	75	81
Cirugía obstétrica	58	87	54	77
Anticoncepción post parto	52	84	57	70

Fuente: Aplicativo de Funciones Obstétricas y Neonatales (MINSa - Proyecto 2000)

Por lo tanto, estos valores son determinados por problemas de organización de los servicios y no tanto por la falta de recursos, lo que se sustenta en que si bien existen faltantes en todos los casos planteados, el Hospital I Nieva y el C.S. Galilea, muestran altas posibilidades de atender patologías obstétricas y neonatales en situaciones de emergencia apelando a sus recursos en general.

En consecuencia, los porcentajes obtenidos representan la capacidad resolutive potencial, ya que sólo serán reales si se cuenta con profesionales suficientes disponibles 24 horas. Asimismo, es necesario determinar los faltantes y contar con los recursos que establece la norma, para mejorar la fluidez en la atención, lo que podría garantizar las condiciones ideales pero no necesariamente la calidad, más aun cuando el problema central en términos de capacidad resolutive se encuentra en la escasez de recursos humanos calificados.



6.2.3. Los recursos humanos

En la Tabla N° 33 se muestra la disponibilidad de recursos humanos. Se observa escasez de personal. Actualmente solamente el Hospital I S.M. de Nieva cuenta con más de un médico; mientras que en todos los casos, se cuenta sólo con una obstetriz, una enfermera y un técnico de laboratorio. Con esta cantidad de personal no es posible cubrir 24 horas de atención.

Tabla N°33
Recursos humanos
Establecimientos de salud evaluados

Establecimiento de salud	Médico	Obstetriz	Enfermera	Técnico de enfermería	Técnico de laboratorio
Hospital I S.M. Nieva*	3	1	1	4	1
C.S. Galilea	1	1	1	3	1

*En el Hospital I SM Nieva, de los 3 médicos, 1 es contratado para el día, otro para la noche y otro es SERUMS. La obstetriz y la enfermera son SERUMS.
Fuente: Elaboración de consultoría

Esta situación se debe a las diversas modalidades de contratación del personal que establece 8, 10 o 12 horas según el caso, además de que no siempre se reconoce las guardias. Sin embargo, las guardias nocturnas en estos EE.SS. son cubiertas por médicos, obstetrices y enfermeras, con la modalidad de *retén*, en la medida que estos profesionales residen en la localidad; pero sólo se garantiza su presencia cuando hay más de uno en el establecimiento.

Al respecto cabe señalar que es muy frecuente que por diversas razones (capacitación, trámites, permisos, etc.), alguno de los profesionales siempre se encuentre ausente.

Por lo expuesto, es necesario reformular el CAP y organizar mejor las salidas del personal, cuando éste es insuficiente, para garantizar su permanencia en los EE.SS. mientras no se cuente con el número y tipo de personal suficiente.

Si bien en el país ha habido un aumento de personal de salud en las microrredes, gracias al financiamiento del SIS, no se ha logrado aún organizar las contrataciones dirigidas a cubrir la atención nocturna, de manera estructurada y no apelando a la voluntad del personal que por vivir en los centros de salud o muy cerca de ellos, acuden cuando son llamados frente a una emergencia obstétrica o neonatal.

6.2.4. Los recursos faltantes

En la Tabla N° 34 y 35, se muestra la relación de recursos faltantes de los dos establecimientos evaluados en la provincia de Condorcanqui, en las que se registra sólo aquellos recursos materiales cuya inexistencia es absoluta (los recursos humanos están disponibles pero no 24 horas). Esta relación constituye una lista de prioridades; mientras que en el Anexo N° 5, se consignan los recursos faltantes que deberían estar en ambientes específicos para mejorar las condiciones de atención, pero que por lo menos existe uno de ellos en algún otro ambiente del establecimiento.

Tabla N° 34
Recursos faltantes en el Hospital I S.M. de Nieva

Recursos humanos	Medicamentos
Médico c/competencias neonatales 24 h	Aminofilina parenteral
Médico c/competencias obstétricas 24 h	Anticonceptivos DIU; y c/ progestágenos
Enfermera c/competencias neonatales 24 h	Antihipertensivos: metildopa, nifedipina
Obstetrix calificada disponible 24 horas	Cloruro de sodio al 11.7%
Equipos	Complejo B orales y parenterales
Cánula para vía aérea para RN	Digitálicos parenterales; insulina
Depósito para placenta	Soluciones para alimentación parenteral
Equipo de fototerapia	Sonda de Nelaton 12 o 14
Mesa con fuente de calor para RN	Instrumental
Negatoscopio	Cánula Mayo Guedal
Recipiente para descontaminación	Bolsa autoinflable de reanimación adulto
Reloj con segundero	Estetoscopio neonatal
Servocuna o mesa con fuente de calor RN	Cinta reactiva para albúmina en orina
Material fungible	Cinta reactiva para glucosa
Papel secante o secador de manos	Equipo de inserción de DIU; espátula Ayre
Papel tornasol rosado o nitrazina	Historia clínica materno perinatal

Fuente: Aplicativo de Funciones Obstétricas y Neonatales (MINSa - Proyecto 2000)

Tabla N° 35
Recursos faltantes en el C.S. Galilea

Recursos humanos	Medicamentos
Médico c/competencias neonatales 24 h	Agua destilada
Médico c/competencias obstétricas 24 h	Aminofilina parenteral
Enfermera c/competencias neonatales 24 h	Anestésico regional
Obstetrix calificada disponible 24 horas	Anticonceptivos DIU
Equipos	Anticonceptivos sólo progestágenos
Caja o cubeta para instrumental	Antihipertensivos: metil dopa, nifedipina
Coche de curaciones	Cloruro de sodio al 11.7%
Equipo de fototerapia	Complejo B orales y parenterales
Incubadora	Digitálicos parenterales
Incubadora o cuna para transporte	Diuréticos orales y parenterales
Mesa con fuente de calor para RN	Insulina
Negatoscopio	Soluciones para alimentación parenteral
Reloj con segundero	Tocolíticos
Servocuna o mesa con fuente de calor RN	Transportes y comunicaciones
Instrumental	Teléfono disponible
Cánula Mayo Guedal	Ropa para procedimientos
Equipo de inserción de DIU	Batas para pacientes
Tijera de Mayo recta o curva	Campo estéril
Material fungible	Frazadita
Catgut crómico	Mandilón estéril
Cinta reactiva para albúmina en orina	Ropa estéril para procedimientos
Cinta reactiva para glucosa	Ropa para recién nacidos
Espátula de Ayre	Sábanas para camas
Papel secante o secador de manos	Sábanas para camilla
Papel tornasol rosado o nitrazina	Soleras
Soluciones	Vestuario: pantalón, chaqueta, botas, etc.
Bencina yodada; tintura de yodo	Exámenes de laboratorio
CIDEX	Creatinina
Formalina tabletas y solución	Velocidad de sedimentación

Fuente: Aplicativo de Funciones Obstétricas y Neonatales (MINSa - Proyecto 2000)

6.2.5. Indicadores asociados a la disminución de la mortalidad neonatal

En el 2007, el número de gestantes afiliadas en la provincia de Condorcanqui fue de 1,790, distribuidas entre la microrred Nieva (825), Galilea (511), Huampami (431) y no especificadas (23). Sin embargo, sólo se registraron 533 partos en establecimientos de salud, lo que determina que sólo el 29.8% de partos fueron institucionales.

Sin embargo, estas cifras contrastan con la atención prenatal: 83.9% tuvieron algún control durante su embarazo, aunque sólo 20.3% acudieron a un establecimiento de salud en el primer

trimestre. Es probable que la falta de correlación entre la atención prenatal y la ocurrencia de partos institucionales se deba a factores culturales.

En Condorcanqui el parto domiciliario aun predomina sobre el institucional: Las grandes distancias entre las comunidades y los establecimientos de salud, lo costoso del transporte, la insuficiente adecuación cultural del parto, la falta de confianza en el sistema oficial de salud y las costumbres propias de la cultura amazónica, entre otros, hace difícil revertir esta situación.

Aunque no se cuenta con cifras provinciales y distritales de muerte materna, las estimaciones oficiales revelan que la mortalidad materna ha aumentado en el departamento de Amazonas en 42 por ciento, entre el 2005 y 2006 (de 14 a 20 muertes anuales)²³; mientras que la mortalidad neonatal disminuyó en 7.4% (de 27 a 25 muertes anuales), entre 1996 y 2000²⁴.

La cobertura de parto institucional en la provincia de Condorcanqui es insuficiente frente a los riesgos de complicaciones obstétricas y neonatales, más aun cuando la mayoría de partos ocurren en puestos de salud y no en centros u hospitales. Así, en la MR Nieva 71.2% de partos se atendieron en puestos de salud, en la MR Galilea el 83.6% y en la MR Huampami el 52%.

Aun así, la atención del parto por personal profesional en la provincia de Condorcanqui ha aumentado notablemente, de 34.1 por ciento en el 2002 a 65.1 por ciento en el 2007. Sin embargo, casi la mitad estuvieron a cargo de técnicos de salud, lo cual constituye un riesgo para la madre y el recién nacido en caso de complicaciones. No ha sucedido lo mismo con el parto institucional a nivel provincial que se ha mantenido casi constante en ese mismo periodo²⁵.

Asimismo, sólo se registra 1.5% de gestantes con complicaciones en el embarazo y puerperio, cuando las estadísticas internacionales refieren que alrededor de un 15% de gestantes se complican; lo cual sugiere limitaciones en el diagnóstico de dicho evento. Lo mismo puede decirse respecto a las cesáreas que ascienden a 0.8%, porcentaje muy por debajo del estándar. Considerando que el número de gestantes que necesitan cesárea debe ser bastante mayor al reportado, la salud del recién nacido y de la madre en estos casos no atendidos resulta incierta.

Durante la visita de campo se pudo constatar la existencia de oxitocina y sulfato de magnesio en el stock de farmacia, así como de sulfato ferroso y ácido fólico, además de antibióticos parenterales.

Se reporta 80% de uso de oxitocina en la provincia de Condorcanqui y 100% de uso de sulfato de magnesio en HIG severa, de 1 gestante diagnosticada con esta patología; el 69.2% recibieron sulfato ferroso y el 46.5% ácido fólico.

El total (7) de gestantes con diagnóstico de RPM recibió tratamiento antibiótico parenteral y sólo el 25% de gestantes con diagnóstico de parto pretérmino recibieron corticoides.

Por otro lado, sólo al 10.3% de gestantes se les realizó examen de laboratorio de VIH; al 10.2%, de orina completa; y al 6.2%, de sífilis.

Respecto a los niños RN, no se reporta casos de control de crecimiento y desarrollo durante el primer mes de vida.

Estos valores, obtenidos a partir de las bases de datos SIS, reflejan la necesidad de mejorar el diagnóstico de los eventos asociados a la mortalidad materna y neonatal, su difusión en la comunidad y su aplicación adecuada por personal entrenado.

Tabla N° 36
Indicadores en gestantes afiliadas
Provincia de Condorcanqui, 2007

Indicador	Valor
Número de partos esperados	1,790
Número de partos atendidos	533
Proporción de parto institucional	29.8%
Proporción de partos atendidos por profesional	65.1%
Proporción de partos pretérmino	10.5%
Porcentaje de cesáreas	0.8%
Porcentaje de gestantes con atención prenatal	83.9%
Porcentaje de gestantes con atención prenatal en el 1er trimestre	20.3%
Porcentaje de gestantes con 6 controles prenatales	18.2%
Porcentaje de gestantes con 4 controles prenatales	37.3%
Porcentaje de gestantes con mínimo 1 APN atendida por profesional	53.9%
Proporción de púerperas controladas	23.7%
Porcentaje de gestantes con embarazo-puerperio complicado	1.5%

Fuente: SIS. Elaboración: PARSALUD.

23 Red Nacional de Epidemiología. DGE, MINSA, 2007.

24 INEI-ENDES II, III, IV.

25 SIS. Elaboración: PARSALUD.

VII

Conclusiones

VII. CONCLUSIONES

Magnitud de la mortalidad neonatal

1. Las estimaciones de mortalidad nacional no son suficientes para formular políticas y programas de salud, pues se realizan a nivel departamental. La falta de información local limita el conocimiento de realidades específicas. La fuente natural de información sobre defunciones es el Registro Civil, pero está afectado por subregistro, lo que lo invalida como fuente para conocer directamente la mortalidad; pero sus estructuras son útiles para estimar la mortalidad por provincias.
2. Las estimaciones realizadas con el método indirecto revelan que la TMI en el Perú descendió de 45 por m.n.v. en 1993 a 18.5 en el 2007, descenso cercano al 60%. La TMI de Amazonas (20.7 por m.n.v.) y en Apurímac (22.8 por m.n.v.) están por encima del promedio nacional.
3. En Amazonas, el 53.9% de muertes en menores de 1 año corresponde a la mortalidad neonatal y en Apurímac el 47.3%. En la provincia de Condorcanqui, el 50% de muertes infantiles corresponde a la mortalidad neonatal y en Grau el 30%. La TMN estimada para la provincia de Condorcanqui asciende a 14.2 por m.n.v. con una TMI de 28.5; y para la provincia de Grau, 9.1 por m.n.v. con una TMI de 30.2.

4. La tasa de omisión (subregistro) de mortalidad neonatal se estima en 32.8% para el departamento de Apurímac y 57.6% para la provincia de Grau; mientras que para el departamento de Amazonas se estima en 64.9% y para la provincia de Condorcanqui en 97.4%.
5. Las causas del subregistro se asocian a deficiencias en el llenado de los certificados de defunción; al retraso en la consignación de datos en registros civiles; a que las familias no entregan el certificado que reciben del MINSA a registros civiles; a la falta de exigencia municipal para autorizar el entierro (la mayoría de cementerios no son de propiedad ni controlados por municipios); a que los recién nacidos son enterrados en sus casas; y a la falta de personal registrador en comunidades alejadas.

Percepciones y valoración de la muerte neonatal

6. Los factores que inciden en la decisión de buscar ayuda para el recién nacido se asocian a subestimación de riesgos, a falta de conocimiento y subestimación de signos de peligro del RN, a desconfianza en el personal de salud, a barreras económicas y desencuentro entre sistemas médicos.
7. La demora en llegar a un establecimiento para la atención se relaciona a las largas distancias y al tiempo a emplear, al costo del traslado para los pacientes, a la falta de condiciones en el transporte del RN, a la indiferencia y al retraso en las acciones de parte del personal de salud.
8. La demora en recibir el tratamiento cuando se llega al establecimiento se asocia a negligencia en la atención, a mala práctica médica, a prácticas tradicionales peligrosas, a falta de competencia del personal, a falta de supervisión médica, y a la baja capacidad resolutive de los EE.SS.
9. Existe una percepción equivocada del personal de salud sobre la valoración que la comunidad le da a la muerte neonatal, al subestimar los sentimientos de las familias cuando muere un recién nacido. Tanto en Grau como en Condorcanqui, el fallecimiento de los recién nacidos causa gran tristeza en las familias y en la comunidad.
10. Hay desconocimiento sobre las formas de expresión cultural de los habitantes de ambas regiones. La falta de iniciativas personales, la ausencia de métodos de investigación cultural y su aplicación, así como la inexistencia de políticas dirigidas a conocer la comunidad en sus diversos aspectos, impiden que al personal de salud puedan intervenir e incidir sobre temas específicos para prevenir la muerte neonatal y adaptar los paquetes de intervenciones vigentes a las características propias de cada zona.

Capacidad resolutive de establecimientos de salud

Provincia de Grau

11. El Hospital Guillermo Díaz de la Vega, logra entre 89% y 96% de capacidad resolutive para funciones obstétricas y neonatales esenciales, puntaje que pierde impacto en la

calidad de la atención al faltar equipos para la atender cabalmente el parto complicado, al recién nacido con complicaciones y la sepsis neonatal; lo mismo sucede para extracción manual de placenta complicada, atención de HIE, hemorragia severa, shock hipovolémico, patología quirúrgica neonatal no complicada y cesárea. A esto se suma la escasez de médicos pediatras, neonatólogos y gineco-obstetras, lo que limita su capacidad resolutive.

12. El Hospital de Chuquibambilla logra entre 50% y 89% entre funciones obstétricas y neonatales básicas, lo que vulnera la adecuada atención de gestantes y RN, debido a los bajos puntajes en la atención de patologías asociadas a las primeras causas de muerte materna (HIE, hemorragia severa y shock hipovolémico), y a la muerte neonatal (trabajo de parto distócico, recién nacido con complicaciones y sepsis).
13. El puntaje alcanzado por el C.S. Vilcabamba para funciones obstétricas y neonatales primarias oscila entre 96% y 100%, lo que se explica por la existencia de infraestructura y equipamiento completos para la atención del parto y del recién nacido normales; a diferencia del P.S. Progreso que alcanza entre 73% y 85%, lo que limita su capacidad resolutive.
14. En el 2007, en las provincias de Grau-Cotabambas se registró 71.6% de parto institucional; la mayoría fueron atendidos en puestos de salud, a pesar de que las normas MINSA estipulan que deben atenderse en centros de salud y hospitales a cargo de un equipo de profesionales, por las complicaciones que puedan darse. Aun así, la atención del parto por personal profesional aumentó de 72% en el 2002 a 99.2% en el 2007.
15. La proporción de púerperas controladas es baja (63.1%), considerando que la muerte neonatal se produce los primeros 28 días de vida. Lo mismo sucede con las cesáreas (2.9%), intervención que se espera realizar entre 5 y 15%, lo que traduce el riesgo para madre y el RN. Esta situación expresa por un lado, la falta de capacidad resolutive y por otro, la resistencia de la población a este procedimiento.
16. Se reporta sólo 66.6% de uso de oxitocina y 38.5% de uso de sulfato de magnesio en HIG severa; 91% recibieron sulfato ferroso y 28.7% ácido fólico; 85% de gestantes con RPM recibió tratamiento antibiótico; 26.3% de gestantes con parto pretérmino recibió corticoides; sólo al 64.6% de gestantes se les realizó examen de laboratorio de VIH; al 67.2%, de orina completa; y al 55.3%, de sífilis.

Provincia de Condorcanqui

17. El Hospital I S.M. Nieva logra entre 39% y 76% de capacidad resolutive entre las diversas funciones obstétricas y neonatales básicas; mientras que el C.S. Galilea obtiene entre 39% y 75%.
18. En el caso del Hospital I de Nieva, para la atención del parto distócico o complicado, los faltantes corresponden a insumos de laboratorio; para la atención del recién nacido con complicaciones se identifican faltantes menores. Lo mismo sucede con otras funciones básicas que para su cumplimiento integral faltan pocos elementos. La limitación principal se encuentra en la falta de recursos humanos disponibles 24 horas. Para el caso del C.S. Galilea, los faltantes para estas mismas funciones son algo mayores y corresponden a medicamentos, e insumos de laboratorio.
19. En el 2007 se reporta 29.8% de parto institucional, cifra que contrasta con la atención prenatal: 83.9% tuvieron algún control durante su embarazo. La falta de correlación entre

VIII

Propuesta de Políticas y Estrategias de Intervención frente a la Mortalidad Neonatal

VIII. PROPUESTA DE POLÍTICAS Y ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN FRENTE A LA MORTALIDAD NEONATAL

A continuación se proponen políticas e intervenciones orientadas a disminuir la mortalidad neonatal, sustentadas en los hallazgos del estudio.

8.1. A nivel político y administrativo

1. Crear un entorno que permita a las autoridades regionales y locales, y al personal de salud, liderar y cumplir con acciones dirigidas a mejorar la salud neonatal, a partir del conocimiento logrado sobre la importancia del tema y de compromisos políticos adquiridos (acuerdos de gestión).
2. Un primer paso para colocar el tema en la agenda política debería ser la difusión de este y otros estudios afines, entre representantes de las instituciones públicas y privadas, con el objetivo de sensibilizar y educar a quienes pueden cumplir algún rol en mejorar la salud materno perinatal.

la atención prenatal y la ocurrencia de partos institucionales se debe a factores culturales.

20. En Condorcanqui el parto domiciliario predomina sobre el institucional. Las grandes distancias entre comunidades y EE.SS., los costos de transporte, la insuficiente adecuación cultural del parto, la falta de confianza en el sistema oficial de salud y las costumbres propias de la cultura amazónica, entre otros, mantienen esta situación.
21. La cobertura de parto institucional en Condorcanqui es insuficiente frente a los riesgos de complicaciones obstétricas y neonatales, más aun cuando la mayoría de partos ocurren en puestos de salud y no en centros u hospitales. Así, en la MR Nieva el 71.2% de partos se atendieron en puestos de salud y en la MR Galilea el 83.6%. Aun así, la atención por personal profesional ha aumentado de 34.1% en el 2002 a 65.1% en el 2007; pero casi la mitad estuvieron a cargo de técnicos de salud, lo cual constituye un riesgo para la madre y el RN en caso de complicaciones.
22. Se registra sólo 1.5% de gestantes con complicaciones del embarazo y puerperio, lo cual sugiere limitaciones en el diagnóstico de dicho evento. Lo mismo ocurre con las cesáreas que alcanzan 0.8%, porcentaje muy por debajo del estándar. Considerando que el número de gestantes que necesitan cesárea debe ser bastante mayor al reportado, la salud del recién nacido y de la madre en estos casos no atendidos resulta incierta.
23. Se reporta 80% de uso de oxitocina; 69.2% recibieron sulfato ferroso y el 46.5% ácido fólico. El total (7) de gestantes con diagnóstico de RPM recibió tratamiento antibiótico parenteral y sólo 25% de gestantes con diagnóstico de parto pretérmino recibieron corticoides; únicamente a 10.3% de gestantes se les realizó examen de laboratorio de VIH; al 10.2%, de orina completa; y al 6.2%, de sífilis.

Será necesario dar asistencia técnica a las autoridades políticas para difundir información, sensibilizar, discutir estrategias de intervención adecuadas a cada zona y promover que se incorporen acciones específicas en sus planes regionales y municipales, además de que se incluyan en su presupuesto el financiamiento respectivo.

- Reforzar los sistemas de información de mortalidad neonatal en los registros civiles, en los establecimientos de salud y en las comunidades, para contar con datos reales y así saber la verdadera dimensión que tiene la muerte neonatal, lo que a su vez permitirá el monitoreo y evaluación de las intervenciones.

Para lograrlo es necesario educar a la población a través de campañas de registro de nacimientos y muerte, además de contar con registradores comunitarios capacitados (que podrían estar a cargo de los municipios), aumentar los puntos de registro y disponer de los formatos respectivos en los establecimientos de salud y en los lugares donde se decida registrar.

- Articular e integrar el sistema de información de mortalidad neonatal con el del nivel central del Ministerio de Salud, de manera que se pueda contar con información objetiva, actualizada y confiable que de cuenta de las brechas existentes en cuanto a la capacidad resolutive para la atención del recién nacido en los establecimientos de salud del área rural y urbana, información clave para diseñar estrategias e intervenciones específicas.

8.2. A nivel de los establecimientos de salud

- Mejorar las competencias del personal de salud en el diagnóstico y tratamiento inmediato de las complicaciones de la gestante y del recién nacido, para que se logre la referencia oportuna a los centros y hospitales y reciban a tiempo atención calificada de las complicaciones obstétricas y neonatales.

Las intervenciones para reducir la mortalidad neonatal deben considerarse desde la APN integral (que debe mejorar su calidad en términos de identificación de riesgos), y fundamentalmente durante la atención del parto y del puerperio, para identificar y/o prevenir o tratar en forma oportuna las patologías más frecuentes que potencialmente pueden causar la muerte del niño. Las causas de mortalidad neonatal encontradas corresponden a infecciones (neumonía), prematuridad, asfixia y malformaciones congénitas, por lo que los trabajadores de salud deberían adquirir el criterio técnico para identificarlas, tratarlas o en su defecto, referir adecuadamente a los RN a otros niveles de atención.

- Garantizar la presencia y la permanencia durante las 24 horas del personal calificado en los establecimientos de referencia (médicos, enfermeras, obstétricas y técnicos sanitarios) para la atención del parto normal y distócico (parto instrumentado y cesárea) y de las complicaciones del RN, a través de incentivos económicos en convenio con los gobiernos locales o regionales o del mismo Ministerio de Salud, estableciendo salarios diferenciados según las zonas de trabajo.

- Otra estrategia para garantizar la presencia de personal calificado en forma permanente en los establecimientos del área rural podría darse a través de la rotación periódica de médicos residentes (del último año) ginecólogos y pediatras a los hospitales de mayor capacidad resolutive para la atención de las complicaciones obstétricas y neonatales. Esta modalidad permitiría además que el personal de los centros de salud (médicos, obstétricas, enfermeras y técnicos) realicen pasantías a los hospitales para capacitarse en la atención protocolizada y en el manejo del instrumental con el que ya cuentan en la actualidad.
- Contar con un sistema de referencia y contrarreferencia oportuno que incluya el correcto traslado de los RN, de los puestos y centros de salud a los hospitales con mayor capacidad resolutive. Esta medida implica contar con el equipamiento mínimo (servocuna, incubadora portátil, etc) y personal de salud capacitado para el transporte del recién nacido complicado.
- Debe ser una condición, que el personal de salud destinado a laborar en los establecimientos del área rural, sea sensibilizado y siga un plan de capacitación para estar en condiciones de establecer una relación dialogante y horizontal que le permita insertarse en la comunidad sin imponer sus prejuicios y conceptos de la cultura occidental, respetando las costumbres y creencias de la comunidad.

Los establecimientos de referencia provincial cuentan con la mayoría de equipos, instrumental e insumos. Sin embargo, las principales limitaciones se encuentran en la cantidad, calificación técnica y actitudes del personal, el cual no ha recibido ninguna preparación para trabajar en zonas con un fuerte contenido cultural. Esta situación produce por un lado, una falta de entendimiento de los conceptos y prácticas propias de los habitantes, y por otro, el rechazo y la desconfianza de los pobladores hacia el sistema oficial de salud.

Hace falta sensibilizar al personal de salud para que sean capaces de establecer un dialogo horizontal y respetuoso que permita recuperar la confianza en los beneficios que la oferta de servicios puede ofrecer a la población, y prescindirse progresivamente de los condicionamientos económicos (multas o pagos por atenciones y certificaciones que deberían de ser gratuitas) para que las gestantes acudan a su atención y la de sus recién nacidos en forma libre y voluntaria.

- Adecuar ambientes en todos los establecimientos de salud para la atención del parto institucional con adecuación cultural (para el cual ya existen normas) y difundir entre la población la existencia de este servicio. Será indispensable capacitar no sólo a las obtétricas sino a los médicos y enfermeras que trabajan en estas zonas, en las técnicas del parto vertical, (en cuclillas, sentada, parada etc.), preferido por las usuarias. Será conveniente incorporar a las parteras tradicionales en los cuidados de la gestante durante el parto, es decir, que estén presentes en la casa de espera o establecimiento de salud, dándoles confianza a las parturientas, generando una dinámica de intercambio de conceptos y conocimientos con el personal de salud.
- Adecuar (adaptar), difundir y aplicar protocolos de atenciones para las principales patologías obstétricas y neonatales, garantizando además de la capacitación respectiva, el suministro de equipos, instrumental, medicamentos y otros insumos necesarios. Se deberán considerar:
 - Identificación y tratamiento de la RPM
 - Uso de corticoides en embarazo prétermino

- Manejo del parto obstruido y presentación podálica
 - Manejo del parto normal
 - Manejo del alumbramiento (uso de oxitocina)
 - Manejo de la hemorragia postparto
 - Resucitación neonatal
 - Manejo de la sepsis neonatal
 - Manejo de la asfixia neonatal
 - Manejo de la ictericia neonatal
 - Manejo del RN con bajo peso
 - Manejo de la hipotermia
- Establecer la aplicación de un paquete básico de intervenciones que llegue a todas las gestantes y RN, que incluya:
 - Inmunización con toxoide tetánico
 - Administración de sulfato ferroso
 - Identificación y tratamiento de sífilis
 - Identificación y tratamiento del VIH
 - Identificación y tratamiento de HIG
 - Identificación y tratamiento de malaria
 - Identificación y tratamiento de bacteriuria asintomática

8.3. A nivel de la familia y comunidad

- Desarrollar servicios de extensión para la atención familiar y comunitaria, a través de campañas y visitas domiciliarias a las gestantes y RN, a cargo del personal de salud y agentes comunitarios de salud.

En la Familia

- Promover la atención prenatal precoz y oportuna (desde el primer trimestre del embarazo) con el fin de reconocer los factores de riesgo (para la madre y el niño); e indicar la necesidad de los exámenes de laboratorio del embarazo.
La atención prenatal y en general todas las atenciones que reciban las mujeres (adolescentes, gestantes, madres) en el establecimiento de salud o en la comunidad, deben tener un importante componente informativo sobre cuidados preventivos y signos de alarma. Insistir sobre la gratuidad de la atención a través de la afiliación en el SIS.
El estudio revela la subestimación de riesgos de las complicaciones del embarazo y del RN, lo que exige una educación en salud a la familia que evite la demora en buscar atención.

- Prescribir sulfato ferroso a partir del cuarto mes del embarazo y dar pautas sobre nutrición adecuada con alimentos de la zona.
- Instruir a la gestante para que al reconocer los signos de alarma del embarazo y del recién nacido, busque atención en un establecimiento en forma oportuna.
- Advertir a la familia sobre la necesidad de que la gestante acuda a un establecimiento de salud en el momento del parto, de manera que puedan buscar con anticipación los medios para el transporte; y promover el alojamiento de quienes viven en zonas alejadas y la atención del parto vertical, preferiblemente por personal femenino.
- Capacitar a la madre sobre los cuidados del RN, respetando aquellos que constituyen prácticas comunitarias ancestrales y que no son nocivos. En el caso de que el recién nacido sea de bajo peso o prematuro recomendar la técnica de la madre canguro, siempre que no requieran de cuidados especiales y alojamiento en incubadora.

Desde la Comunidad

- Mejorar el sistema de identificación de gestantes (con el radar de gestantes u otros) y de recién nacidos, con el fin de garantizar el acceso de las gestantes y los RN a los servicios de salud. Esta estrategia podría realizarse en coordinación con agentes de la comunidad (parteras o promotores) que garanticen una buena interlocución y contribuyan a recuperar la confianza en el sistema formal de salud.
 - Asegurar el registro de nacimiento de todos los recién nacidos: para el caso de los partos domiciliarios garantizar la visita de agentes comunitarios y/o registradores municipales.
 - Apoyar en el traslado de la gestante y del recién nacido al establecimiento de salud para el caso de una situación de emergencia.
 - Institucionalizar y presupuestar el mantenimiento de las Casas de Espera para el alojamiento de las gestantes que por vivir en las zonas mas alejadas corren el riesgo de no llegar a tiempo al establecimiento para atenderse el parto.
- Promover la creación de un comité de prevención de muerte neonatal, dentro de las organizaciones comunitarias existentes, conformado por agentes comunitarios de salud (promotores y parteras) y autoridades locales, y representantes de ONGs, de manera que coordinen con el personal de salud más cercano las acciones dirigidas a evitar la muerte y promover los cuidados neonatales.
Sus integrantes deberán ser capacitados para reconocer signos de peligro y estar en capacidad de realizar visitas domiciliarias exclusivamente a las madres cuyos hijos acaban de nacer, para orientarlas sobre los cuidados del RN y detectar factores de riesgo.

ESTUDIO DE CASOS DE MUERTE NEONATAL Y OFERTA DE SERVICIOS DE SALUD



unicef 
únete por la niñez

Parque Melitón Porrás No. 350, Miraflores.
Tel.: (511) 613-0707
Fax.: (511) 447-0370
Línea directa: 613-0740