

RETRASOS PREDOMINANTES EN LA MUERTE MATERNA DIRECTA EN LOS HOSPITALES DE TERCER NIVEL. REGIÓN LA LIBERTAD*

Vivien Ramírez Meléndez¹,

Ruth Vargas Gonzales²,

Carolina Altez Mujica¹

RESUMEN

Con el objetivo de determinar los retrasos que predominan en los casos de muerte materna directa en los hospitales de tercer nivel de la región La Libertad, 2006-2011, se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, de corte transversal, en 84 historias clínicas de casos registrados de muertes maternas. Se utilizó una ficha que constó de 4 secciones: datos generales, antecedentes de la paciente, eventos asociados al fallecimiento, accesibilidad a los servicios de salud y factores contribuyentes con la muerte materna, encontrándose que la demora que predomina es la segunda, que se refiere a la toma de decisiones sobre la búsqueda de atención, con una frecuencia de 64,42%. El análisis

* Recibido: 25 de febrero del 2015; aprobado: 15 de junio del 2015.

1 Estudiantes, Escuela de Obstetricia. Universidad Privada Antenor Orrego. Trujillo-Perú.

2 Obstetra, Maestra en Salud Pública, Doctoranda en Educación, Docente de la Universidad Privada Antenor Orrego. Trujillo-Perú.

sis de las cuatro demoras es una herramienta para guiarnos en la comprensión de los factores que contribuyen a la ocurrencia de un problema y a la determinación de sus características, así como en la identificación de los aspectos de esta realidad que deben ser modificados para conseguir el cambio esperado. La identificación de estas demoras es de importancia para el diseño de programas tendientes a la reducción de la mortalidad materna.

Palabras clave: Mortalidad materna; Perú (fuente: DeCS BIREME).

PREDOMINANT DELAYS IN THE DIRECT MATERNAL DEATH IN THIRD CATEGORY HOSPITALS OF REGION LA LIBERTAD (PERU)

ABSTRACT

In order to determine the delays predominate in cases of direct maternal death in Third Level Hospitals. La Libertad Region .2006-2011; A descriptive study was conducted, retrospective cross-sectional, was performed with 84 clinical records of cases registered of maternal deaths that occurred.

A card was divided into 4 sections: General data, patient history, events associated with death, access to health services and contributing factors to maternal death. Finding that; the delay that predominates in the tertiary hospitals during the period 2006-2011; It is the second delay that referred to making decisions about seeking care having a frequency of 64.42%. The analysis of the four delays is a tool to guide us in understanding the factors that contribute to the occurrence of a problem and the determination of their characteristics and to identify aspects of this reality that must be modified to achieve the desired change. The identification of these delays is important for the design of programs aimed at reducing maternal mortality.

Key words: Maternal mortality, Peru (source:MeSH NLM).

INTRODUCCIÓN

La mortalidad materna es un problema de salud pública a nivel mundial; uno de los indicadores sanitarios que con más fidelidad expresa la inequidad y exclusión social; y un marcador de la calidad de la atención en el ámbito de la salud pública.¹

En América Latina y el Caribe mueren más de 23 000 mujeres por causas relacionadas con el embarazo, parto y puerperio, lo cual genera un efecto devastador en la familia, comunidad y en la sociedad. Diariamente mueren 1 500 mujeres debido a complicaciones del embarazo y el parto²⁻⁵ a pesar que se ha estimado que entre un 90 y 95% de las muertes maternas son potencialmente evitables.⁴

A nivel mundial, el 80 % de las muertes maternas son debidas a causas directas, entre ellas las hemorragias, infecciones, trastornos hipertensivos del embarazo y complicaciones relacionadas con el parto.⁶⁻⁹

En el Perú, en el año 2012, las principales causas directas de mortalidad materna (MM), según el MINSA, fueron: hemorragia, en 40,2%; HIE, en 32%; aborto, en 17,5% e infecciones relacionada con el embarazo, 4,1%.⁴⁻⁸

La región La Libertad, en el Perú, reporta que de 44 muertes maternas suscitadas en el año 2011, se produjeron en la sierra en el 72% de los casos, siendo predominante en el área rural, lo cual es importante resaltar, pues en el área rural el parto es domiciliario en el 74% de los casos y, en general, más de la mitad aún se atienden en domicilio (57,4%), ya que solamente la tercera parte de las mujeres es controlada.¹⁰

Dentro del análisis de causas de la mortalidad materna, existen marcos y modelos conceptuales, dentro ellos, el modelo de las determinantes, el cual identifica tres niveles de factores contribuyentes: lejanos (o distales), intermedios (o proximales y directos; el Modelo de IMPACT (Initiativefor Maternal Mortality Programme Assessment), el conceptual de la mortalidad y la morbilidad materna y neonatal (UNICEF, 2008), el modelo de multicausalidad de la mortalidad materna, entre otros.¹¹

El modelo de la multicausalidad de la mortalidad materna descrito por Deborah Maine & SerrenThadeus, se basa en el supuesto de que

para reducir la mortalidad materna se debe establecer estrategias que vulneren la serie de retrasos que enfrentan las mujeres para poder acceder a una atención segura. Para el país consideramos cuatro tiempos de demora: 1. Demora en reconocer el problema; 2. Demora en tomar la decisión de buscar ayuda; 3. Demora en llegar al establecimiento de salud; 4. Demora en recibir el tratamiento adecuado.¹¹⁻¹³

Primera demora: Reconocimiento del problema. Ocurre en el hogar y está dado por el no reconocimiento del problema de la gestante, la familia o la comunidad. La falta de conocimientos contribuye significativamente al atraso en reconocer los signos de peligro que indican el problema.^{14,15} Segunda demora: la toma de decisiones sobre la búsqueda de atención ocurre también en el hogar y tiene que ver con la condición de inequidad de género que no le permite a la mujer, asumir sus derechos.^{16,17} Tercera demora: acceso a una atención oportuna, dada por la falta de acceso a vías de comunicación y/o recursos para recurrir al centro de salud.^{12,16} Cuarta demora: recibir atención de calidad, consistente en una atención deficiente y retardada.^{12,15}

El Ministerio de Salud ha asumido el compromiso de reducir la mortalidad materna, mejorando la cobertura con calidad en los servicios, instalando “casas de espera”, procurando la atención oportuna de las emergencias y complicaciones en todos los niveles de atención y promoviendo la participación de la sociedad civil y la comunidad, en coherencia con el respeto a la vida y a los derechos fundamentales de la madre y el niño por nacer.¹⁸ Estos objetivos tienen que ver con las causas y atrasos para una atención segura del parto que puede terminar en el deceso materno.¹⁷

El tema ha sido revisado por varios investigadores desde distintos puntos de vista, siendo entre los encontrados, los más relevantes para nuestra investigación los siguientes:

Mazza, M; Vallejo, C. y González, M. (Venezuela, 2009) realizaron un estudio sobre la mortalidad materna: análisis de las tres demoras a

través de un estudio descriptivo, retrospectivo y transversal de las muertes maternas ocurridas durante el período enero 2008 - diciembre 2009, concluyendo que predomina la demora tres, por falta de personal médico especializado y necesidad de referencia a otro centro y, en segundo lugar, la demora por identificación tardía de los síntomas.⁶

Guardia Derteano, Merali J. & Solís Vasconcellos, Juana (2005) han estudiado los "Atrasos como causa de muerte materna en gestantes juveniles en zonas rurales de Cataluña, 2000-2004", concluyendo que el atraso más frecuente entre la población fue no reconocer su necesidad de atención médica altamente especializada y demora en recibir atención de manera inmediata a la aparición del problema materno.¹⁹

Cedeño Rosales, Juan (2005) ha estudiado "factores determinantes del atraso en reconocer el problema de salud crítico en la atención de la gestante en mujeres primerizas durante el período 2000-2004", llevado a cabo con mujeres en edad fértil atendidas en el hogar materno del municipio de Contramaestre-Cuba, con una población de 1450 madres gestantes. En él se señala que el factor más frecuente es el desconocimiento del riesgo de muerte materna a que se halla expuesta. Los otros dos factores menos frecuentes son el desconocimiento de derechos sexuales y reproductivos y el desconocimiento de derechos y deberes en salud (11,3%).²⁰

Consideramos que en el abordaje de la mortalidad materna se necesita información útil para la construcción de un manejo integral que guíe, sobre bases objetivas y enfoque prospectivo, los esfuerzos estatales para la promoción de la salud materna y reproductiva, la prevención de las complicaciones del embarazo, parto y puerperio, así como las respuestas óptimas del sector salud y de otros sectores, con el fin de lograr la reducción de la mortalidad materna.

Por estos motivos es que se desarrolla el presente estudio, para determinar qué retrasos predominan en los casos de muerte materna

directa en los hospitales de tercer nivel en la región La Libertad 2006-2011. Esperamos que esta investigación contribuya a establecer estrategias y actividades que permitan vulnerar los riesgos de muerte materna relacionados con los cuatro retrasos; asimismo, nos servirá de base para plantear nuevas capacitaciones a profesionales de salud y población en general con un enfoque intercultural, proponer acciones de carácter sectorial e intersectorial, que permitan conocer las barreras evitables para acceder a los servicios de salud materna y así disminuir la frecuencia de las demoras durante el embarazo, parto y puerperio que conllevan a una muerte materna.

METODOLOGÍA

El objetivo de la investigación fue identificar los principales retrasos que predominan en la mortalidad materna en los hospitales Belén y Regional Docente de tercer nivel de la región La Libertad en el período 2006-2011. Para ello se realizó un estudio básico, cuantitativo, no experimental, de diseño descriptivo simple.

La población muestral estuvo conformada por 84 historias clínicas de casos registrados de muertes maternas a consecuencia del embarazo, parto y puerperio. En la selección se incluyó: historias clínicas, certificados de defunción, fichas de investigación epidemiológica, de autopsia verbal, que tuvieron los datos completos. Los integrantes de la familia (pareja, hijo o madre) en la que existió ocurrencia de la muerte de una mujer a consecuencia del embarazo, parto o puerperio, vecinos colindantes que conocieron y mantuvieron relaciones cercanas de amistad con la familia de la fallecida.

Se empleó una ficha semiestructurada que constó de cuatro secciones: datos generales, antecedentes de la paciente, eventos asociados al fallecimiento, accesibilidad a los servicios de salud y factores contribuyentes con la muerte materna y una ficha de autopsia verbal, la cual fue validada por criterios de expertos. Esta ficha de autopsia verbal se usó para entrevistar a los familiares directos de la paciente,

cuando no se encontró los suficientes datos en la historia clínica y/o contrastar el registro de la información. El instrumento fue adaptado de la Guía Técnica para el Sistema de Vigilancia de Salud Materno Perinatal del Ministerio de Salud de El Salvador (2009). Se realizó la validación de contenido por juicio de expertos, para lo cual 03 obstetras especialistas en el tema validaron el instrumento.

Los nombres de las fallecidas y/o familiares que participaron en la investigación no fueron revelados.

Conflicto de interés: Los autores del proyecto declararon no tener ningún conflicto de interés.

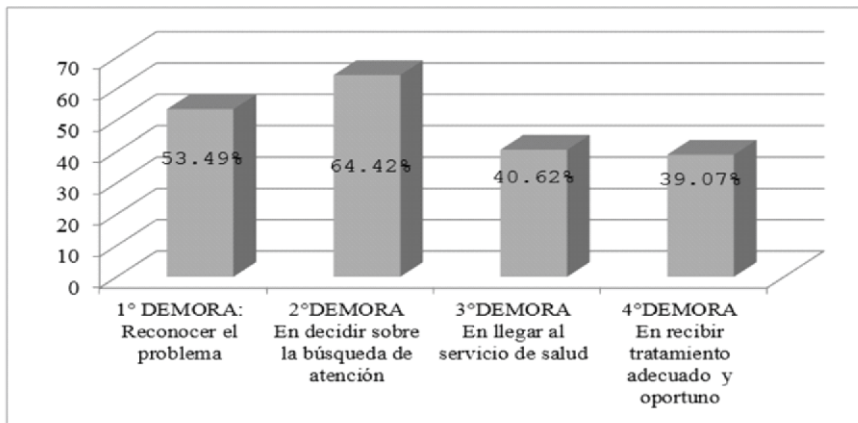
RESULTADOS

Tabla 1

MORTALIDAD MATERNA SEGÚN FRECUENCIA DE LAS DEMORAS PREDOMINANTES EN LOS HOSPITALES DE TERCER NIVEL. 2006-2011

Demoras	Hospital Belén de Trujillo		Hospital Regional Docente de Trujillo		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
1° Reconocer el problema	25	54,35	20	52,63	45	53,49
2° En decidir sobre la búsqueda de atención.	29	63,04	25	65,79	54	64,42
3° En llegar al servicio de salud.	18	39,13	16	42,11	34	40,62
4° En recibir tratamiento adecuado y oportuno.	19	41,30	14	36,84	33	39,07

Fuente: Altez Mujica, C; Ramírez Meléndez, V (2012).



Fuente: Altez Mujica, C; Ramírez Meléndez, V (2012).

Gráfico 1. Mortalidad materna según los retrasos o demoras en los hospitales de tercer nivel. Región La Libertad, 2006-2011.

DISCUSIÓN

Un análisis de los retrasos de la mortalidad materna en hospitales referenciales de III nivel, nos muestra que la principal demora registrada en los casos de muerte materna es la segunda demora: En decidir, sobre la búsqueda de atención, en 54 historias clínicas de las 84 registradas, había reporte de demora en la decisión de la búsqueda de un establecimiento de salud para la atención de su problema de salud identificado. La decisión de buscar ayuda es el primer paso si una mujer con una complicación quiere recibir atención médica. Esta decisión puede estar influenciada por muchos factores. Primero, que exista la habilidad de la mujer y de su familia o acompañantes en reconocer que tiene una complicación que amenaza su vida y también deben saber dónde acudir por ayuda.

Existen lugares donde el estoicismo de la mujer es valorado y es respetada si sufre en silencio. El estatus de la mujer y su autonomía también pueden afectar la decisión de pedir ayuda. En algunas comu-

nidades las mujeres no pueden tomar por sí solas la decisión de consultar. Los factores económicos, como el costo del transporte o de la atención, pueden llevar a una paciente a desistir de consultar. Experiencias negativas en los servicios de salud demoran la decisión de solicitar atención. La reputación de los servicios de atención es un factor clave, pues es probable que las personas no busquen ayuda rápida o no lo hagan en absoluto si piensan que los servicios son de mala calidad.^{21,22}

Santos L, Luna Victoria F, González M. (La Libertad, 2010), en su estudio sobre la mortalidad materna: factores determinantes modificables mediante políticas públicas en la región La Libertad, encontraron que el 4,7% de las mujeres que murieron demoraron menos de una hora en la toma de decisión de pedir ayuda desde que se iniciaron las molestias, en comparación con el 93,6% de las mujeres no fallecidas, encontrándose diferencias altamente significativas.

El 26,3% de las mujeres fallecidas demoraron más de diez horas en llegar al establecimiento de salud luego de tomar la decisión de solicitar ayuda, mientras que el 93% de las mujeres que no fallecieron demoraron menos de una hora, hallándose diferencias altamente significativas.

El 29,2% de las mujeres que murieron demoraron más de 10 horas desde el inicio de las molestias hasta la llegada al establecimiento, en comparación con el 88,9% de las mujeres no fallecidas, las cuales demoraron menos de una hora, hallándose diferencias altamente significativas.

El 30,4% de las mujeres fallecidas nunca solicitaron atención médica, en comparación con el 96,5% de las mujeres que no murieron, quienes fueron atendidas en menos de cinco minutos de la llegada al centro de salud, hallándose diferencias estadísticamente significativas.²³⁻²⁵

Vélez G. y Col. en el 2006, con el objetivo de identificar los factores que predisponen a la mortalidad materna en el departamento de

Antioquía, Colombia, durante los años 2004-2005, hallaron que se identificaron tres retrasos: 1. De la comunidad para identificar la enfermedad o consultar; 2. Dificultades de acceso al servicio de salud y 3. Deficiencias en la calidad o en la oportunidad de la atención.^{26,27}

Mazza, M; Vallejo, C; González M. (Venezuela, 2009) realizaron un estudio sobre la mortalidad materna: análisis de las tres demoras, concluyendo que predomina la demora tres, que se refiere a la demora en obtener el tratamiento adecuado y oportuno por falta de personal médico especializado y necesidad de referencia a otro centro y, en segundo lugar, la demora 1 por identificación tardía de los síntomas.⁶

Un estudio cualitativo realizado por el hospital Suba, Territorio de Vida, de Colombia, durante el año 2012, describe que las mujeres muestran facilidad para mencionar los signos de alarma y accesibilidad a la cita; sin embargo, ellas refieren que sus embarazos fueron no planeados, lo que conllevó a que la madre buscara atención de su gestación a partir de los dos o tres meses, lo que estaría dificultando la asistencia oportuna a partir del primer trimestre.²⁸

El empoderamiento de las mujeres es una estrategia clave para la reducción de la mortalidad materna. Permitir a las mujeres elegir sus propias alternativas y proporcionarles información adecuada les permite tomar decisiones cruciales en lo referente a su salud y, por consiguiente, ejercer sus derechos. Los padres que esperan un hijo deben participar en los programas de promoción de la salud y educación en salud y las campañas de comunicación social deben incluir mensajes que promuevan su participación.^{29,30}

En muchas comunidades es más fácil que la madre obtenga acceso a servicios de salud específicos si recibe el apoyo de otros miembros de la familia, especialmente de su pareja o cónyuge. El poder de decisión y la movilización de las comunidades crean un entorno propicio para aumentar la inversión intersectorial en el mejoramiento de la salud.^{31,32}

La segunda demora: toma de decisiones sobre la búsqueda de atención, se asocia a la situación de la mujer y la comunidad; es decir, su entorno, habilidades y dificultades. Este retraso existió cuando las mujeres no buscaron la atención o lo hicieron tardíamente debido a que ellas o sus familias, a pesar de haber reconocido los signos de las complicaciones del embarazo, parto y puerperio, no hubo oportunidad de decisión y acción para consultar. Frecuentemente se asume que la falta de información es un obstáculo para solicitar ayuda, pero pueden existir muchos otros factores que influyen en esta decisión. Además, el estatus de la mujer y su autonomía también pueden afectar la decisión de pedir ayuda.^{33,34}

Los principales factores para esta demora también están relacionados con: la distancia, ya que muchas personas no toman la decisión de buscar atención médica por las largas distancias, servicios de salud alejados, lo que significa dejar a su familia, asociadas a la falta de transporte y caminos en mal estado las desmotivan.^{23,26} El factor costo de la atención se relaciona con los gastos de transporte, de algunos medicamentos o exámenes de laboratorio, estancia de los familiares, etc., que a veces están fuera del alcance de la familia e impide la búsqueda oportuna de la atención. Existe además los costos adicionales de tener a un miembro de familia para que acompañe a la mujer al servicio público y el transporte de regreso y los alimentos e incidentes que tienen que ser pagados por la familia.³⁵

La calidad de atención se relaciona con la percepción y el grado de confiabilidad que tenga la comunidad y la familia de los servicios de salud. En algunos lugares las mujeres no quieren ser examinadas por doctores (hombres) y no hay promotores de salud que sean mujeres, o se percibe a los hospitales como un lugar en donde se muere, existe menos privacidad y los costos son mayores.³⁴

Las experiencias negativas sobre los servicios de salud demoran la decisión de solicitar atención. La reputación de los servicios de atención es un factor clave, pues es probable que las personas no bus-

quen ayuda rápida o no lo hagan en absoluto si piensan que los servicios son de mala calidad.^{34,35}

Cualquiera que sea la razón, las demoras 1 y 2 influyen definitivamente en la evitabilidad de la MM, porque la misma, según el concepto actual, no solo depende de la atención médica suministrada, sino de la adecuada y oportuna identificación de los signos de alarma por parte de la paciente y su entorno familiar.⁶

Una vez tomada la decisión de buscar ayuda, la mujer debe llegar a la instalación donde se le puede brindar ayuda obstétrica (tercera demora). La accesibilidad a las instalaciones de salud, por lo tanto, influenciará la demora en este paso. La accesibilidad puede ser también función de los servicios ofrecidos en varios niveles del sistema de salud. Por ejemplo, la distancia a una unidad de salud que brinda atención obstétrica aumenta si el personal de salud no puede ofrecer servicios básicos en atención obstétrica.^{6,19,36}

Otro problema que se observó en esta demora es que cuando las mujeres fueron enviadas a otro nivel para su atención, se encontró que no hubo un diagnóstico congruente de referencia y que el diagnóstico final fue incongruente con el inicial (cuarta demora).

Es por ello que se debe trabajar para garantizar las competencias en los proveedores institucionales, enfocando temas como: atención prenatal reenfocada: redefiniendo el número y actividades mínimas necesarias para un adecuado control prenatal que permita cumplir con su objetivo primordial como tamizaje a embarazos con complicaciones^{36,37}; capacitando al profesional de salud garantizando que la paciente tenga un buen seguimiento en el postparto, por ser este el periodo de mayor riesgo; detección temprana, referencia oportuna y atención adecuada de emergencias obstétricas.³⁰

La gran variabilidad en los resultados nuevamente expresa diferencias regionales y tal vez falta de registro adecuado al realizar la llamada autopsia verbal, o el interrogatorio de familiares en busca de

tal información.³⁷ Sin duda, los modelos nunca agotan los matices que la realidad social y sanitaria muestra. También son una herramienta poderosa para guiarnos en la comprensión de los factores que contribuyen a la ocurrencia de un problema y a la determinación de sus características, así como también para guiarnos en la identificación de los aspectos de esa realidad que deben ser modificados para conseguir el cambio esperado.

CONCLUSIONES

La demora predominante en los hospitales de tercer nivel de la región La Libertad durante el periodo 2006-2011 fue la segunda referida a la “toma de decisiones sobre la búsqueda de atención”, teniendo una frecuencia de 64,42%.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Benavides B. Reducción de la mortalidad materna ¿Por dónde empezar? Rev. Anales (Lima) 2002; Vol 63(1).
2. Gaitán, H; Eslava, J, Garzón, C, Rubio, J, Forero G. Tamizaje de eventos adversos en atención obstétrica y del puerperio en el Instituto Materno Infantil de Bogotá, Colombia. 2002-2003. Rev Colomb Obstet Ginecol. 2005 Mar [citado 2014 Enero 19]; 56(1): 18-27. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/1952/195214314003.pdf>
3. Gaitán, H; Eslava, J; Rodríguez, N; Forero V, Santofimio D, Altahona H. Incidencia y Evitabilidad de Eventos Adversos en Pacientes Hospitalizados en tres Instituciones Hospitalarias en Colombia. 2006. Rev Salud Pública [revista en la Internet]*. 2008 Marzo-Mayo [acceso 01 de febrero de 2014]; 10(2):215-26. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v10n2/v10n2a02.pdf>
4. Del Carpio L. Situación de la mortalidad maternal en el Perú 2000-2012. Rev Peru Med Exp Salud Pública. 2013;30(3):461-4.
5. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia regional para la reducción de la mortalidad y morbilidad materna. 26a Conferencia Sanitaria Panamericana, 54a Sesión del Comité Regional; 2002. [accesado 11 de febrero

- de 2014]. Disponible en: <http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/piezas%20comunicacionales/cdcofesa/pdf/estrategia%20regionalredMM.pdf>
6. Mazza M, Vallejo C, Conzalez M. Mortalidad materna: análisis de las tres demoras. *Rev. Obstet Ginecol Venez [revista en internet]*2012 diciembre*. [accesado 17 de febrero de 2014]. 72(4):233-248. Disponible en: <http://www.scielo.org.ve/pdf/og/v72n4/art04.pdf>
 7. Barnes- Josiah D, Myntti C, Augustín A. The three delays as a framework for examining maternal mortality in Haiti. *Soc Sci Med*. 1998;46:981-993.
 8. Vélez G, Gallego L, Jaramillo D. Modelo de análisis de la muerte materna: Camino para la supervivencia. *Libros Nacer*. Colombia: 2004;36-38.
 9. Faneite P, Rivera C, Faneite J, Amato R. Mortalidad materna: evento trágico. *GacMéd Caracas*. 2010;118:11-24.
 10. Burga A, Calderón J, Alzamora L. Factores Demográficos y económicos relacionados a la muerte materna en la Libertad. *Revista Salud, Sexualidad y Sociedad*. 2008 [acceso 11 de marzo de 2014]; 1(1). Disponible en: <http://www.inppares.org/revistasss/Revista%20VI%202009/4.%20Factores%20Demograficos%20Muerte.htm.pdf>
 11. Romero M, Ramos S, Ábalos E. Modelos de análisis de morbi-mortalidad materna: Hoja informativa 3. Argentina: OSSYR;2010.
 12. McCarthy J, Maine D. A framework for analyzing the determinants of maternal mortality. *Stud Fam Plann* 1992; 23(1):23-33.
 13. Ramos S, Romero M, Karolinski A, Mercer R, del Río C. Para que cada muerte materna importe. Buenos Aires: CEDES y Ministerio de Salud de la Nación, 2004.
 14. Maine D. Programas de reducción de mortalidad materna. Opciones y Planteamientos. Nueva York: Centro para la población y la salud familiar. Universidad de Columbia, 1992.
 15. Thaddeus S, Maine D. Too far to walk: maternal mortality in context. *Soc Sci Med* 1994 Apr; 38(8): 1091-110.
 16. Maine D, Rosenfeld A. The Safe Motherhood Initiative: Why has it stalled? *Am J Public Health*. 1999;89(4):480-82.
 17. Maine D, Akalin MZ, Ward V, Kamara A. Diseño y evaluación de programas para mortalidad materna. Nueva York: Centro para la población y la salud familiar. Universidad de Columbia; 1997.

18. Ministerio de Salud. Estimación de la Población por grupos de edad según Direcciones de Salud, Provincias y Distritos. Lima, Perú: Oficina de Estadística e Informática; 2004.
19. Guardia Derteano M., Solís Vasconcellos, J. Atrasos como causa de muerte materna en gestantes juveniles en zonas rurales de Cataluña 2000-2004. [Tesis doctoral] España; 2005.
20. Cedeño Rosales J. Factores determinantes del atraso en reconocer el problema de salud crítico en la atención de la gestante en mujeres primerizas durante el periodo 2000-2004. [Tesis doctoral] Cuba; 2005.
21. Dirección Regional de Salud. Evaluación del Plan Estratégico de Intervención para la Reducción de la Mortalidad Materna en la Libertad 2001-2003. DISA. 2002.
22. Ransom EI, Yinger NV. Por una maternidad sin riesgos: como superar los obstáculos en la atención a la salud materna. Washington, DC: Population Reference Bureau: 2002.
23. Santos K, Luna F, Gonzáles M. Mortalidad materna: factores determinantes modificables mediante políticas públicas en la región La Libertad. UCV-Scientia. 2010; Vol. 2(1).
24. Rodríguez E, Aguilar P, Montero L, Hoil J, Andueza G. Demoras en la atención de complicaciones maternas asociadas a fallecimientos en municipios del sur Yucatán, México. *Rev Biomed* 2012;23:23-32.
25. Briones JC, Díaz M, Meneses C. Estrategias para reducir la mortalidad materna hospitalaria en el Estado de México. *Revista de la Asociación Mexicana de Medicina Crítica y Terapia Intensiva*. 2009; 23 (1): 16-24.
26. Vélez G, Gómez J, Zuleta J. Análisis de las muertes materna por hemorragia en el departamento de Antioquia, Colombia 2004-2005. *Rev. Colomb. Obstetric. Ginecol* 2006;57 (3):147-155.
27. Rosado L, Rodríguez E, Andueza G. Evaluación del modelo de los tres retrasos en las defunciones maternas en Mérida, Yucatán. *Investigación y Salud*. 3° Ed. Universidad Autónoma de Yucatán. México 2008. Pp. 325-339.
28. Unidad de análisis territorial. Equipo de vigilancia poblacional y comunitaria. *Hospital Suba*. 2012; 17(24).
29. MINSA. El rol de la mujer en el cuidado de la salud. *Bol epidemiol (Lima)*. 2013; 22:157-158.

30. Ministerio de Salud Pública y asistencial social de la República de Guatemala. Plan Estratégico para reducir la mortalidad materna 2004-2008. Guatemala;2004.
31. Díaz E. Mortalidad materna: una tarea inconclusa. Centro de análisis e investigación. Fundar. México. 2006.
32. Moreno J. Factores de riesgos asociados a mortalidad materna en el Hospital Berta Calderón Roque en el período comprendido de enero de 1999 a diciembre del 2002. Managua; s.n: Enero. 2003.
33. Peñaloza Rosas, S. El problema de la decisión y la acción hacia la demanda de la atención en Salud en la atención del embarazo en mujeres de zonas rurales de Lima, 2003 - 2004'. [Tesis doctoral] Lima, Perú; 2005.
34. Buitrón Vásquez, S. Tesis "Niveles de acceso y calidad del servicio de salud pública en los servicios obstétricos de la provincia del Santa, 2003". [Tesis doctoral] Chimbote; 2004.
35. OMS. Elementos Básicos para el estudio y para la prevención de la mortalidad materna. Fascículo 2. Programa de Salud Materno Infantil. 2006;78: 45-47.
36. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Plan estratégico para la reducción de la mortalidad materna 2004-2008. Guatemala: MSPAS;2004.
37. OPS. Estrategia regional para la reducción de la mortalidad y morbilidad maternas. Washington; 2002.

Correspondencia: Vivien Ramírez Meléndez.

Domicilio: Urb. Ignacio Merino X19 1er etapa- Piura.

Teléfono: 073 619784.

Correo electrónico: vramirez.92.m@gmail.com