



# CATÓLICAS POR EL DERECHO A DECIDIR (CDD / BOLIVIA)

“MORTALIDAD MATERNA VINCULADA AL  
ABORTO EN BOLIVIA. Los casos de Santa Cruz, La  
Paz, Tarija y Chuquisaca.”  
-INFORME FINAL-

Versión para difusión

La Paz, Bolivia. Noviembre 2011.

**Mortalidad Materna Vinculada al Aborto en Bolivia.  
Los casos de Santa cruz, La Paz, Tarija y Chuquisaca**

**Una producción de Católicas por el Derecho a Decidir / Bolivia**

**Directora Ejecutiva:** Teresa Lanza Monje

**Coordinación:** Cecilia Terrazas Ruiz / Área de Incidencia en Políticas Públicas

**Consultores:**

María Dolores Castro Mantilla

Franklin García Pimentel

Con el apoyo de **RFSU (Asociación Sueca de Educación Sexual)**

La Paz, Bolivia, noviembre de 2011

---

Av. Hugo Ernst nº 6386. Bajo Següencoma. Telfs. 591 – 2 – 2751534 / 2784955

cddb@entelnet.bo, cddb.medios@catolicasporelderechoadecidir.net

[www.catolicasbolivia.org](http://www.catolicasbolivia.org) La Paz / Bolivia

## CONTENIDO

### Presentación

- I. Metodología
- II. Antecedentes: Situación de la mortalidad materna y el aborto inseguro
- III. Mortalidad materna vinculada al aborto
- IV. Situación de la mortalidad materna en los Servicios Departamentales de Salud seleccionados
- V. La mortalidad materna por aborto en los Servicios Departamentales de Salud
- VI. Conclusiones
- VII. Referencias BIBLIOGRÁFICAS
- VIII. Anexos: Lista de gráficos y cuadros

## PRESENTACIÓN

La mortalidad materna en Bolivia sigue siendo una de las principales problemáticas de salud pública en general, y de la salud sexual y reproductiva en particular. La Organización Mundial de la Salud y UNICEF estiman que la mayor parte de las muertes maternas ocurren debido a cinco complicaciones obstétricas: hemorragias, sepsis, abortos inducidos inseguros, hipertensión durante el embarazo y partos obstruidos.

4

Reducir la mortalidad materna plantea desafíos a la salud, la ética y la equidad de género, pues las mujeres siguen muriendo por causas relacionadas con el embarazo, el parto y posparto. Estas defunciones evitables reflejan la desigualdad de la situación de las mujeres y de su acceso a los servicios básicos de salud. Además, la educación de las mujeres, el control de los recursos económicos y su participación en la toma de decisiones son menores. En este sentido, es necesario considerar que la maternidad sin riesgo no puede lograrse sólo mejorando los servicios de atención de salud materna.

En el mismo sentido, la precisión y claridad sobre mortalidad materna, vinculada al aborto como un problema latente de salud pública y justicia de género no permite, por un lado, dimensionar la magnitud de este problema, así como encarar de manera más efectiva la necesidad de contar con políticas públicas que atiendan el mismo. Establecer cifras exactas sobre la relación mortalidad materna y aborto no es posible debido al subregistro que se presenta.

Por tanto, se hace necesario visibilizar esta problemática para orientar acciones a favor de los derechos sexuales y derechos reproductivos, la reducción de los embarazos no deseados, el embarazo en adolescentes y la despenalización del aborto, en el marco de lo establecido en el Art. 66 de la Constitución Política del Estado, los Objetivos de Desarrollo del Milenio (Meta Nº 5), y las Plataformas de Acción de Cairo y Beijing, además de otros instrumentos internacionales de derechos humanos ratificados por el Estado.

A partir de esta realidad, Católicas por el Derecho a Decidir, a través de la construcción y aplicación de una “Guía para el monitoreo de la mortalidad materna vinculada al aborto”, comparte el presente informe sobre “Mortalidad materna vinculada al aborto en Bolivia”, como un aporte que permite identificar, cuantificar y analizar esta temática de urgencia en el país.

## I. METODOLOGÍA

En la actualidad, el país cuenta con importantes instrumentos jurídicos y técnicos para la vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna (VEMM), por lo que la información que fue recogida y que se presenta en este documento, responde a una aplicación de la “Guía para el monitoreo de la mortalidad materna vinculada al aborto”, basada en el uso de la información que provee el sistema de VEMM, un reordenamiento de algunos ejes y el análisis de los datos recogidos con base en el enfoque de derechos sexuales y derechos reproductivos.

Sin embargo, es pertinente señalar que la poca disponibilidad, o inexistencia de información sobre mortalidad materna vinculada al aborto, dificulta el proceso investigativo así como la posibilidad de establecer la magnitud del problema.

En el informe se realiza un análisis cuantitativo y cualitativo. El análisis cuantitativo se elaboró sobre la base de la información suministrada por los Servicios Departamentales de Salud (SEDES) de Santa Cruz, Chuquisaca, Tarija y La Paz, que gentilmente y con mucha predisposición y apertura al tema, apoyaron en la recopilación y acceso a sus archivos y bases de datos. El análisis cualitativo incorpora aspectos vinculados con determinantes socioculturales que influyen en esta problemática, se considera el ejercicio de derechos sexuales y derechos reproductivos y empoderamiento, así como la calidad de los servicios de salud y la participación comunitaria.

### RESUMEN DE LAS FASES METODOLOGICAS

FASE I	
Metodología/Actividad	Descripción
Recopilación y procesamiento de información secundaria	<ul style="list-style-type: none"><li>- Identificación de fuentes nacionales e internacionales (visitas institucionales y consultas electrónicas)</li><li>- Elaboración de matriz para procesamiento de fuentes</li><li>- Procesamiento de la información</li></ul> <p><i>Los lugares seleccionados:</i></p> <p>En La Paz: Se recolectó información en la oficina de Promoción de la Salud, Programa de Salud Sexual y Reproductiva y de Adolescentes del Servicio Departamental de Salud, Hospital de la Mujer; y Hospital los Andes en la ciudad de El Alto. Se asistió a reuniones con el Comité Departamental de la CVMM (Comité de Vigilancia de Mortalidad Materna).</p> <p>En Santa Cruz: Se recolectó información en SEDES a través de la oficina del Programa Mujer y Niño, y del Servicio Nacional de Información en Salud (SNIS), se aplicaron entrevistas en las</p>

	<p>maternidades (hospitales de tercer nivel de atención) Percy Boland y Hospital Japonés. Se realizó una entrevista con la directora de la ONG Casa de la Mujer.</p> <p>En Chuquisaca: Se recolectó información del Programa de Salud de la Mujer y Niño y del SNIS, se participó en reunión con el Comité Departamental del CVMM. Se entrevistó a la responsable del Programa Mujer y Niño.</p> <p>En Tarija: Se recolectó información del Programa de Salud de la Mujer y Niño. Se participó en reunión con el Comité Departamental de CVMM.</p> <p>Para la recolección de la información, se siguieron los siguientes pasos:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Entrevistas e identificación de información.</li> <li>2. Revisión de carpetas e informes del CVMM (Comités de Vigilancia de Mortalidad Materna).</li> <li>3. Selección de casos de muertes maternas por aborto o vinculadas al aborto.</li> <li>4. Acceso a base de datos en Excel (Santa Cruz, Chuquisaca, Tarija y La Paz).</li> <li>5. Revisión de carpetas que incluye: autopsias verbales, institucionales, certificados de defunción y otros.</li> <li>6. Revisión de información del SNIS, de información provista por los SEDES (Clasificación internacional de enfermedades - CIE10).</li> </ol>
Entrevistas con actores clave	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificación de actores.</li> <li>- Guías de entrevistas personales y virtuales.</li> <li>- Aplicación de entrevistas.</li> </ul>
<b>Fase II</b>	
Análisis de la información	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Triangulación de la información de fuentes secundarias y entrevistas: Estado de situación, avances, retrocesos, recomendaciones.</li> </ul>
Elaboración herramienta de monitoreo <sup>1</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificación y selección de indicadores cuantitativos y cualitativos disponibles en el país.</li> <li>- Construcción de la herramienta.</li> </ul>

<sup>1</sup> Herramienta construida por Católicas por el Derecho a Decidir, en coordinación con el Ministerio de Salud y Deportes.

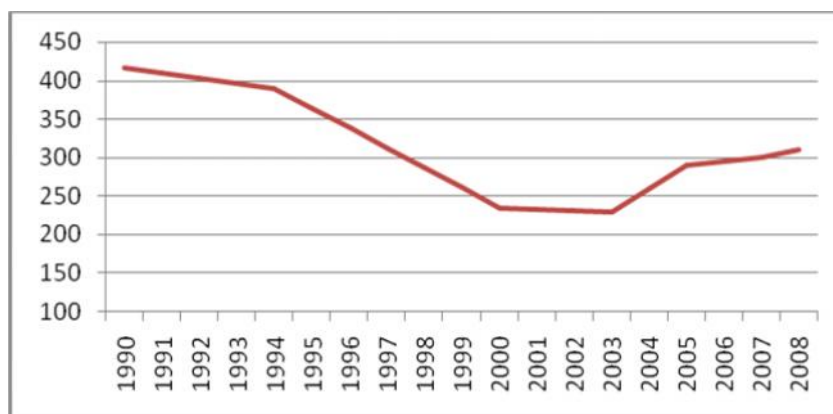
## II. ANTECEDENTES: SITUACIÓN DE LA MORTALIDAD MATERNA Y EL ABORTO INSEGURO

A nivel mundial, cada año unas 530.000 mujeres mueren por causas relacionadas con el embarazo y el parto (RFSU 2005). Un 45% de las mujeres embarazadas en Bolivia presentaron complicaciones frente a un estándar internacional que no alcanza al 15% (Plan Estratégico Nacional para Mejorar la Salud Materna, Perinatal y Neonatal en Bolivia 2009 – 2015).

7

De acuerdo a estimaciones efectuadas, entre 1990 al 2008, de manera general, los indicadores dan cuenta que Bolivia experimenta una tendencia al descenso de la mortalidad materna. Cuando se observa por periodos de tiempo específicos, se puede advertir algunas particularidades: entre los años 1990 y 2003, se registra una mayor disminución de la RMM (Razón de Mortalidad materna), en aproximadamente un 40%. Sin embargo, la tendencia no es lineal, existen fluctuaciones, estancamientos “bolsones”, y entre el año 2003 al 2008, se registra un incremento de aproximadamente 19%, lo cual, podría ser previsible en el descenso de la mortalidad materna cuando sus niveles son elevados.

**Gráfico No.1. Estimación de la evolución de la Razón de Mortalidad Materna en Bolivia, según diferentes fuentes, 1990 - 2008 (Por 100,000 n.v.)**



Fuente: UDAPE-CIMDM, 2006. En base a ENDSA 1994, 1998 y 2003, INE.

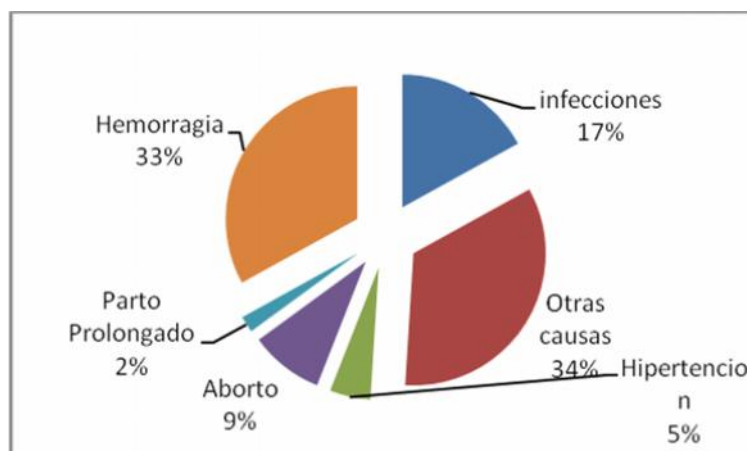
### A. CAUSAS DE MUERTE

La información de la Encuesta Post-censal de Mortalidad Materna (EPMM, 2000)<sup>2</sup>, permite identificar las causas de muerte materna: hemorragias 33%, infecciones 17% y

<sup>2</sup> Esta encuesta permite desagregaciones por departamentos, dado que en la boleta censal 2001, se han incorporado cuatro preguntas clave que permitieran identificar muertes maternas en el conjunto de defunciones femeninas por todas las causas. La otra decisión tuvo que ver con la necesidad de realizar una

aborto 9%. Es de destacar el porcentaje de otras causas 34%, que incluyen la violencia intrafamiliar, accidentes, homicidios y suicidios.

**Gráfico No.2**  
**Distribución de las causas de Mortalidad Materna en Bolivia, Encuesta Post Censal, 2003.**



La mayor proporción de las muertes maternas, 53% ocurren en domicilio, un 10% en el camino a un servicio de salud y un 37% en los mismos servicios. La cantidad de muertes en servicios de salud muestra que posiblemente las mujeres y sus familiares buscan atención cuando ya es demasiado tarde, es decir hay demoras en la decisión de acudir a un servicio de salud (FCI 2009). En otros casos, los servicios no cuentan con la infraestructura e insumos necesarios para atender las emergencias obstétricas y neonatales y/o que el personal no tiene las competencias técnicas para brindar una adecuada atención de calidad, en estos casos se puede decir que posiblemente la respuesta de parte de los servicios de salud es insuficiente” (MSD 2009).

Las muertes maternas también reflejan la inequidad social del país. En el año 2000, el 70% de las mujeres que fallecieron tenía menos de 6 años de escolaridad o ninguno y la mitad de ellas aún no había cumplido los 30 años. Las mujeres del área rural tenían cuatro veces más probabilidades de morir por complicaciones del embarazo, parto o postparto en relación a las urbanas (64.3% y 15.3%) (VIO 2009). Aunado a ello, la desnutrición en el área rural contribuye significativamente en este problema.

---

Encuesta Post Censal de Mortalidad Materna que permitiera cuantificar y cualificar la información. Este componente no es parte del método y en realidad constituye una innovación realizada por el país.



## B. DETERMINANTES

Según la Organización Mundial de la Salud existen varios tipos de factores determinantes relacionados con la mortalidad materna: la atención de la salud, la nutrición, el ingreso, la educación, la legislación sobre las mujeres (igualdad de derechos).

Éstas, a su vez, impactan en factores que tienen que ver con la toma de decisiones y el acceso oportuno para la resolución de una emergencia obstétrica. Situación conocida como “las tres demoras” (1. Decisión de buscar ayuda, relacionada a los factores socio económicos. 2. El acceso y la llegada a los servicios, y 3. La calidad de la atención en los servicios).

A nivel social y comunitario, las determinantes como la pobreza, el bajo nivel educativo, mitos y creencias no fundamentadas y la violencia, tienen un peso fundamental entre las causas que influyen en la mortalidad materna. Siendo Bolivia un país multiétnico y multicultural, existen diversas explicaciones, desde la inaccesibilidad geográfica, la falta de adecuación cultural de los servicios, hasta la falta de complementariedad entre las diversas medicinas que ocasiona la exclusión de grupos poblacionales importantes. Asimismo, como en todas las culturas, existen algunas prácticas que pueden constituirse en desfavorables para la salud de las mujeres y los recién nacidos/as. Por ejemplo, las decisiones de las mujeres para buscar ayuda oportuna están todavía muy influenciadas por la pareja o los parientes, evidenciando su falta de empoderamiento.

En cuanto a los servicios de salud, no se cuenta con la infraestructura, insumos ni competencias técnicas necesarias para atender las emergencias obstétricas y neonatales. El acceso a servicios para control prenatal y parto para mujeres del área rural sigue siendo bajo. Esto es más problemático en regiones alejadas.

La deficiencia y discontinuidad de estrategias de comunicación educativa han interrumpido el avance del posicionamiento de los derechos y la salud sexual y reproductiva. Los riesgos de muerte se incrementan ante la falta de conocimientos sobre los posibles problemas que pueden presentarse durante el embarazo y parto.

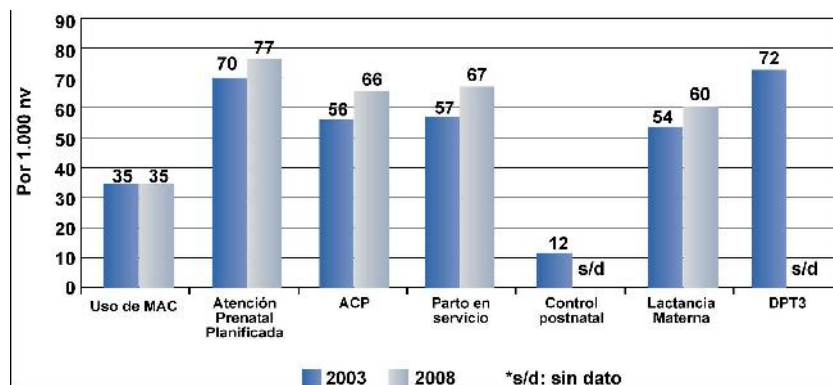
Además de las causas principales de la mortalidad materna, el Plan de Igualdad de Oportunidades (2008) señala que un 34% de las causas de muerte están vinculadas con violencia intrafamiliar, suicidios, homicidios y accidentes.

Según un diagnóstico de la salud y los derechos sexuales y derechos reproductivos (Salinas y Castro 2010) tomadores de decisiones sobre la situación de la mortalidad materna observaron la falta de coordinación intersectorial, la necesidad de mejorar la capacidad de respuesta y la calidad de los servicios de salud fortaleciendo la atención primaria, así como la caracterización por niveles de atención y el sistema de referencia y retorno en las redes de servicios.

### C. AVANCES

Es importante resaltar que algunas intervenciones han venido impactando positivamente en la salud materna. Entre ellas los aumentos en las coberturas de atención prenatal, la atención calificada del parto y el parto en servicio como se observa en la figura siguiente:

**Gráfico No.3**  
**Avances en la salud materna, según el Plan Estratégico Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2009-2015**



En cinco años el porcentaje de partos atendidos por personal médico se ha incrementado del 56% al 66% en todo el país, aunque con grandes diferencias por área de residencia (87% urbano – 48% rural) y nivel de educación (35% sin educación y 97% con educación superior).

Sin embargo, el acceso y uso de métodos anticonceptivos no registraron un aumento. Vale la pena recordar que la anticoncepción es un derecho de las personas y una de las acciones que han demostrado su efectividad en la prevención y reducción de la morbi-mortalidad materna, por lo que sería necesario analizar las razones de este estancamiento.

A partir del ámbito formal, en la Constitución Política del Estado se reconoce el derecho a la maternidad segura de las mujeres, con una visión intercultural. Al mismo tiempo el Estado asume la responsabilidad de proteger a las mujeres en los periodos de prenatal, parto y post natal. (Art. 45), ello ligado al Art. 66 que reconoce y garantiza los derechos sexuales y derechos reproductivos de mujeres y hombres.

Se destacan también: El Plan Estratégico Nacional para Mejorar la Salud Materna Perinatal y Neonatal en Bolivia 2009 2015, el Plan Estratégico Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2009-2015, el Bono Juana Azurduy, entre otros.

El siguiente cuadro muestra las principales estrategias para el cumplimiento de las Metas del Milenio en relación a la reducción de la Mortalidad Materna.

## Cuadro No.1

### Principales acciones del objetivo 5

Acciones	Objetivo
Seguro Universal Materno Infantil (SUMI)	Reducir la mortalidad materno infantil
Plan Estratégico Nacional para Mejorar la Salud Materna, Perinatal y Neonatal 2009-2005	Fortalecer redes de salud con emergencia obstétrica neonatal para reducir la mortalidad de la niñez, de la infancia y la materna.
Bono Juana Azurduy	Incentivar a las mujeres y a los niños a utilizar los servicios de salud relacionados con la mortalidad materna-infantil y la desnutrición crónica en menores de dos años.
Adecuación intercultural del parto	Aproximar los servicios de salud a las madres indígenas, respetando sus costumbres y tradiciones.
Salud sexual y reproductiva	Proveer consejería en salud sexual y reproductiva en los establecimientos de salud. Incorporar en la currícula educativa para niños y niñas el tema de salud sexual y reproductiva en un marco intercultural.
Fortalecimiento de las redes de servicios de salud	Mejorar el sistema de referencia y retorno, para tener mejor capacidad de respuesta del sector en emergencias obstétricas.

Fuente UDAPE (2010)

### III. MORTALIDAD MATERNA VINCULADA AL ABORTO

En Bolivia el aborto constituye la tercera causa de muerte materna contribuyendo con un 9,1% al total de muertes maternas. En el Beni, el aborto en condiciones de riesgo ocupa el primer lugar con 38%. Las complicaciones típicas del aborto inseguro por orden de recurrencia son: sepsis, anemia (hemorragia), muerte, ruptura cervical, lesión intestinal, vaginitis química, sepsis con anemia, absceso pélvico, perforación uterina con peritonitis, laceración de pared vaginal y fístula vesicovaginal.

No existen cifras oficiales sobre el número de abortos que reflejen la realidad de esta problemática en el país. Sin embargo, se cuenta con investigaciones que señalan que se producen en el país más de 100 abortos clandestinos e inseguros cada día, en condiciones que ponen en grave riesgo la salud de las mujeres en todo el país y que alrededor de 60 muertes suceden por cada 10.000 abortos. La principal causa para recurrir al aborto inseguro es el embarazo no deseado, debido al no ejercicio de los DSDR: Planificación, uso de métodos, etc. (Ministerio de Salud y Deportes 2009; Lanza 2005).

Ya para el año 1993, de acuerdo con información de Alberto de la Gálvez Murillo<sup>3</sup>, se reportó que casi un 70% de las emergencias obstétricas correspondía a un aborto incompleto (Entrevista Alberto de la Gálvez M).

Por el subregistro puede asumirse que el porcentaje de muertes maternas provocadas por aborto debe rondar el 15% del total, lo que está dentro de los parámetros internacionales (Paz 2010).

Otro estudio reciente sobre embarazo no deseado y aborto inseguro llevado a cabo en cinco ciudades de Bolivia señala que de un 84.8% (correspondiente a 1.175 mujeres sexualmente activas) un 13% tuvo al menos un aborto inducido, además de que un 61% no usa métodos anticonceptivos modernos y un 48% tuvo al menos un embarazo no deseado en su vida (Aliaga et al 2011).

Al 2009 el Fondo de Emancipación registró los siguientes abortos estimados desde el año 2005.

**Cuadro No.2**  
**Abortos Estimados por Año 2005-2010**

<b>Año</b>	<b>Abortos</b>
<b>2005</b>	41211
<b>2006</b>	40958
<b>2007</b>	40706
<b>2008</b>	40456
<b>2009</b>	40208
<b>2010</b>	39928

**Fuente:** INE, Proyecciones 2000-2010

Como puede observarse, Bolivia al igual que la tendencia mundial, presenta una disminución en el número de abortos. Sin embargo, es importante señalar que esta disminución se presenta en los abortos seguros, en tanto que los inseguros no se han reducido. Como lo afirma el informe del Instituto Guttmacher: “En casi todas las regiones del mundo se experimentó un descenso en la tasa de aborto, en América Latina y el Caribe, la tasa de aborto descendió de 37 a 31 por 1.000 (una caída del 16%), y en Asia y África de 33 a 29 (una caída del 12%). La mayor parte de este descenso se debió a una reducción en el número de abortos seguros (Singh et al. 2009).

### **El aborto inseguro**

El Fondo de Población de la Naciones Unidas (UNFPA) menciona que cada año se realizan 20 millones de abortos inseguros en el mundo, y cada minuto muere una mujer por causas relacionadas con el embarazo. En total, se calcula que 14% de toda la mortalidad materna

<sup>3</sup> Docente investigador del Instituto de Investigaciones en Salud y Desarrollo de la Facultad de Medicina.

en el mundo se debe al aborto inseguro. (Asociación Sueca para la Educación Sexual – RFSU 2005). De acuerdo a datos recientes de la Organización Mundial de la Salud (OMS), tomados en un contexto global per cápita, América Latina y el Caribe muestran las incidencias más altas de aborto inseguro del mundo (32 por 100 nacidos vivos). La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que aproximadamente una de cada ocho muertes maternas ocurre como consecuencia de un aborto inseguro, y que mueren siete mujeres por hora en los países en desarrollo debido a las complicaciones derivadas del aborto inseguro (Singh et al. 2009).

La penalización del aborto está contribuyendo al aumento de embarazos no deseados y a la mortalidad de las mujeres, sobre todo aquellas que no cuentan con recursos económicos y recursos institucionales. En este sentido, las diferentes organizaciones de mujeres y el movimiento feminista de Bolivia, desde hace varios años trabaja por la promoción y el ejercicio de los derechos sexuales y derechos reproductivos de las mujeres, priorizando el derecho de cada una a decidir sobre su propio cuerpo y principalmente exigiendo al Estado el cumplimiento de sus obligaciones en esta temática.

Recientemente, Católicas por el Derecho a Decidir (2011), ha realizado una “*Encuesta Nacional de Opinión sobre Derechos Sexuales, Derechos Reproductivos y Aborto*” con el fin de conocer lo que la población boliviana piensa sobre temas tan vitales y a la vez polémicos como el acceso al aborto legal y seguro en nuestra sociedad. Al respecto una de cada tres personas señala conocer o haber conocido a una mujer que ha abortado alguna vez en su vida, lo que muestra, sin duda, que el aborto es una realidad innegable en Bolivia. En esta misma encuesta, cuando se consulta a las personas sobre la posibilidad de que los abortos sean legales para evitar la mortalidad materna, un 65,3% responde afirmativamente, y que éstos sean seguros, un 80%.

#### **A. AVANCES EN EL PAÍS EN LA REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD MATERNA VINCULADA AL ABORTO**

No se pueden desconocer algunos avances en el país para reducir la mortalidad materna vinculada al aborto:

1. El aborto es reconocido como un problema de salud pública que afecta particularmente a las mujeres más pobres y jóvenes<sup>4</sup> (Plan Estratégico Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2009-2015).
2. En diez años se ha logrado incorporar y consolidar, como práctica regular de muchos hospitales, la Atención de las Hemorragias de la Primera Mitad del Embarazo, priorizando la técnica de la Aspiración Manual Endouterina (AMEU), por su mayor eficiencia y menor costo, como atención cubierta por el Seguro

---

<sup>4</sup> En el país, para el año 2008 del total de consultas realizadas por adolescentes en los servicios públicos de salud, 30% correspondieron a problemas relacionados con complicaciones del embarazo -incluido el aborto-, parto y puerperio (Plan Sectorial de Salud 2010-2020).

Universal Materno Infantil - SUMI. El modelo de atención incluye el tratamiento de urgencia al aborto incompleto en las primeras 12 semanas de gestación, servicios de orientación e información así como servicios de anticoncepción postaborto.

3. A partir del 2009, el Ministerio de Salud aprueba la inclusión del Misoprostol dentro de la lista de insumos básicos del Seguro Universal Materno Infantil – SUMI, para todos los usos Gineco-Obstétricos de conformidad a los Protocolos y Procedimientos aprobados (MSD 2009c).
4. El aborto impune está permitido en el país de acuerdo el artículo 266 del Código Penal de 1972 y se aplica cuando el aborto sea consecuencia de un delito de violación, rapto no seguido de matrimonio, estupro o incesto, tampoco es punible si el aborto ha sido practicado con el fin de evitar un peligro para la vida o la salud de la madre y si este peligro no puede ser evitado por otros medios.
5. Inclusión de la anticoncepción de emergencia en la gama de métodos anticonceptivos.
6. Reconocimiento del ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, equidad, justicia e igualdad de género en diferentes artículos de la actual Constitución Política del Estado.
7. Acciones conjuntas de sensibilización y educación por parte de organizaciones de la sociedad civil, por la despenalización del aborto y el ejercicio pleno de los derechos sexuales y derechos reproductivos reconocidos constitucionalmente.

## **B. LIMITACIONES**

Sin embargo, a pesar de las normativas y leyes vigentes, son pocos los casos en que estas se aplican, dejando las posibilidades de su ejecución bajo posturas morales, personales, de jueces y médicos, lo que refleja la debilidad institucional y la ausencia de mecanismos que garanticen el cumplimiento de la norma.

Todavía el Estado boliviano no implementa los compromisos y reconocimiento legal y constitucional del ejercicio de los derechos sexuales y derechos reproductivos. Se observa una tendencia a mejorar la salud materna en cuanto al acceso a servicios y parto institucional. Sin embargo, no se observan con claridad acciones para la reducción de los embarazos no deseados, el embarazo en adolescentes y la despenalización del aborto.

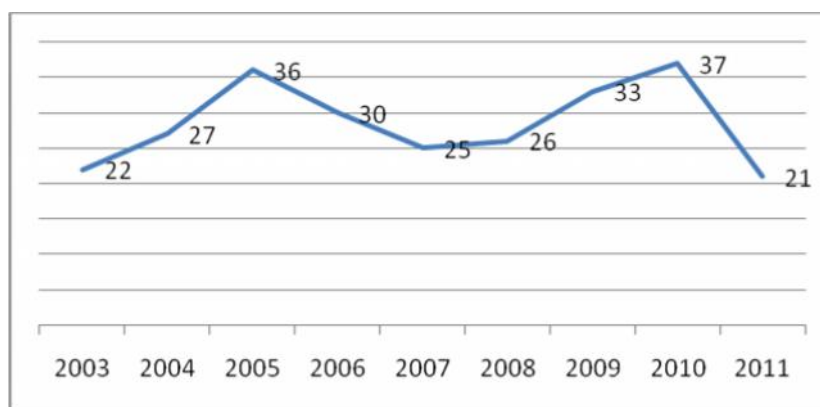
#### IV. SITUACIÓN DE LA MORTALIDAD MATERNA EN LOS SERVICIOS DEPARTAMENTALES DE SALUD SELECCIONADOS

##### A. SITUACIÓN GENERAL

La disminución de la mortalidad materna es un indicador importante del bienestar de la mujer, el cual permite observar la situación y características de la salud de la mujer, como también el ejercicio de sus derechos. La mortalidad materna es diferencial en los departamentos estudiados para este documento: La Paz, Santa Cruz, Chuquisaca y Tarija.

En el departamento de Santa Cruz, según datos de la Vigilancia Epidemiológica sobre la Mortalidad Materna Hospitalaria, se observa una leve tendencia al incremento. Si consideramos el número de muertes maternas desde el año 2003 al 2010, se evidencia un incremento de aproximadamente 40%. La información del primer semestre del 2011 da cuenta de 21 muertes maternas, lo cual corrobora dicha tendencia.

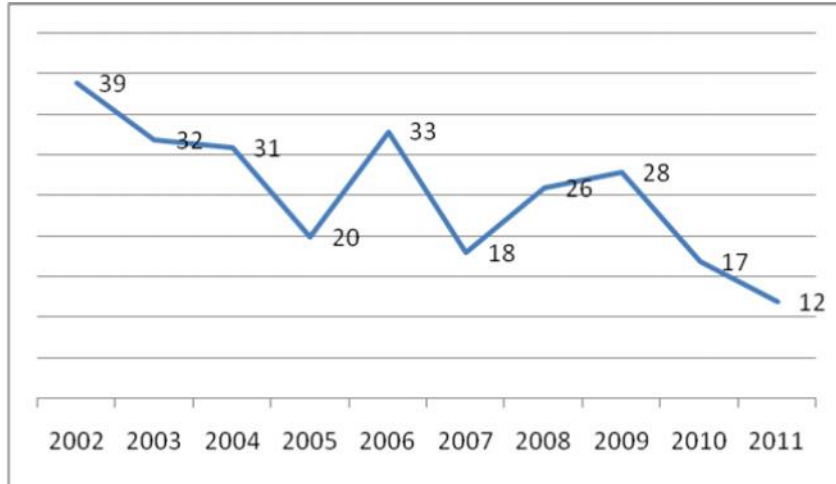
**Gráfico No.4**  
**SEDES, Santa Cruz: Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Materna,**  
**Según años, 2002 al 2011\***



\*En el 2011, sólo se considera el primer semestre de muertes maternas.

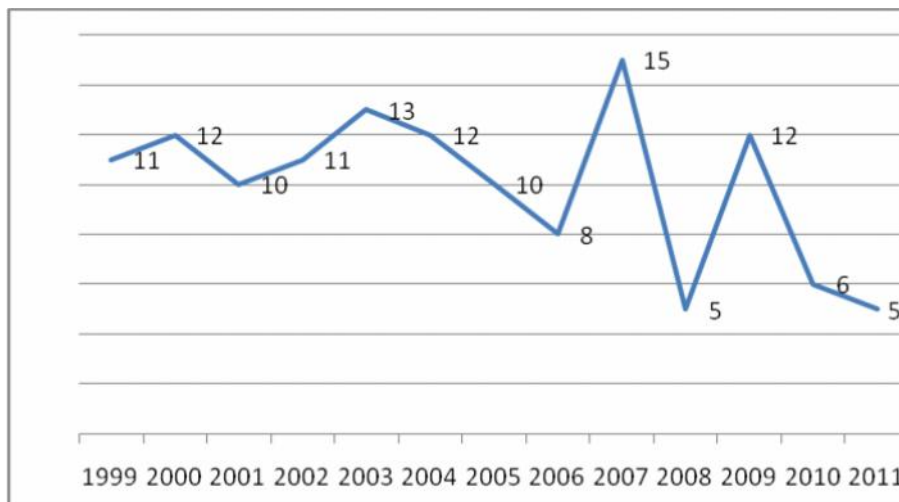
Según la información del SEDES Chuquisaca, se puede observar que entre los años 2002 al 2010 la mortalidad materna habría descendido en un 30%. En los últimos años, se constata mayor intensidad en el descenso. Entre el 2009 al 2010 se tuvo un descenso de un 60% (28 muertes en el 2009 a 17 muertes en el 2010).

**Gráfico No.5**  
**SEDES, Chuquisaca: Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Materna,**  
**Según años, 2002 al 2011**



Según la EPC 2003<sup>5</sup>, Tarija, reportaba la Razon de Mortalidad (RM) mas baja del pais para ese año. Dicha característica, según Vigilancia Epidemiologica del SEDES Tarija, se mantiene, ya que, según sus datos se advierte que entre el año 1999 al 2010, hay un descenso de más del 50%.

**Gráfico No.6**  
**SEDES, Tarija: Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Materna,**  
**Según años, 1999 al 2011**

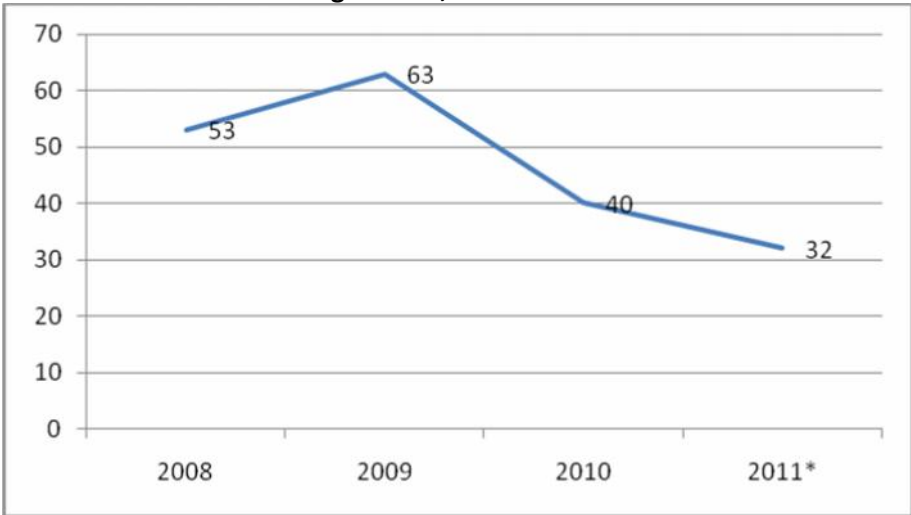


<sup>5</sup> Encuesta Postcensal, 2003, INE



En cuanto al departamento de La Paz, de los cuatro SEDES estudiados, presenta un mayor número de muertes maternas. Para el análisis se contó con la información del año 2008 al primer semestre del 2011, un periodo menor de observación en relación a los otros SEDES. Según la información del SEDES, la tendencia es hacia el descenso moderado, sin embargo, los datos hasta mediados del 2011 y sus proyecciones demostrarían lo contrario.

**Gráfico No. 7**  
**SEDES, La Paz: Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Materna, según años, 2008 al 2011**



**B. GEOGRAFÍA DE LA MUERTE MATERNA**

En el análisis de la información sobresale que la muerte materna se presenta en áreas concentradas peri urbanas o urbanas, teniéndose poca información del área rural.

En el departamento de Santa Cruz, la mayoría de los casos de muerte materna ocurren en el municipio de Santa Cruz, 70% aproximadamente. En otros municipios como San Ignacio de Velasco, Camirí y Guarayos, en menor proporción.

En Chuquisaca, los municipios de Sucre, Camargo y Azurduy son los lugares donde se presentaron más casos de muertes maternas en los últimos años. Aunque no se debe olvidar que una buena parte de las mujeres que han muerto han sido referidas “casi muertas” o estas muertes acontecen en la ambulancia, registrándose como muertes hospitalarias en los centros u hospitales de las ciudades intermedias y capitales. Por ejemplo, de las 12 muertes que han acontecido el primer semestre del 2011 en Chuquisaca, cinco acontecieron en Sucre y cuatro de ellas fueron referidas.

En el departamento de La Paz, de acuerdo con la información del Sistema Nacional de Información de Salud (SNIS), desde el 2008 al presente, las muertes maternas se

concentran en zonas urbanas, principalmente en la ciudad de La Paz, seguida de El Alto. En el área rural las muertes se han concentrado en municipios como Caranavi, Palos Blancos, Guanay, entre otros. Sin embargo, para el 2010, los municipios que sobresalieron con datos de mortalidad materna fueron Puerto Acosta y Tiquina.

En el departamento de Tarija las muertes maternas que acontecieron entre el 2003 y el 2010 se registraron en la ciudad de Tarija y en los municipios de Villamontes y Yacuiba principalmente.

### **C. LUGAR DE LA MUERTE MATERNA**

Los registros señalan que las muertes institucionales en hospitales o centros de salud son más altas que las muertes acontecidas en domicilios o fuera de las instituciones de salud. Sin embargo, cabe advertir que hay poca información de la muerte domiciliaria y una débil investigación de estas muertes.

Según la información recolectada en los 4 SEDES del estudio, se observa que la mayoría de las muertes maternas, notificadas por Vigilancia Epidemiológica, ocurren en los servicios de salud. En muchos casos se reporta que muchas mujeres llegan en una situación crítica de salud, “casi muertas”, porque se esperó demasiado en tomar la decisión antes de llegar al servicio de salud, o existieron dificultades del transporte y traslado.

En Santa Cruz, aproximadamente 2 de cada 10 muertes maternas ocurren en domicilio y debido a problemas de transporte.

En Chuquisaca, la muerte hospitalaria sigue siendo más alta que la domiciliaria. Como promedio se identifica 62 muertes maternas, pero para el 2011 más del 70% aconteció en un hospital o centro de salud.

En La Paz, en el 2008 y en el 2009 se registraron más del 60% en establecimientos de salud de los tres niveles de atención (principalmente en las cajas de salud y en los hospitales de especialidades y tercer nivel de atención, seguidas de redes urbanas y de redes rurales). Sin embargo, para el 2010 se observa que este porcentaje baja a un 55%, en tanto que las muertes maternas fuera de establecimientos registraron un 45%.

En Tarija, en el periodo 1999 al 2011, se observa que la concentración de la muerte sucedió en el hospital de tercer nivel seguido del segundo nivel. La muerte hospitalaria fue mayor que la domiciliaria, un 75% de las muertes maternas en promedio se reportan en servicios de salud. Sin embargo, si consideramos los últimos años 2010 -2011, se observa que casi un 90% de las muertes maternas son en Servicios de Salud.

**Cuadro No.3**  
**Lugar de fallecimiento y tipo de Mortalidad materna establecida,**  
**según SEDES seleccionados**

MORTALIDAD MATERNA	SEDES			
	SANTA CRUZ (2003 al 2011)	CHUQUISACA (2002 al 2011)	TARIJA (1999 al 2011)	LA PAZ (2008 al 2011)
<b>LUGAR DE FALLECIMIENTO</b>				
Servicio de Salud	89,5	61,6	75,0	58,2
Domicilio	7,0	36,2	23,0	34,3
Otro	3,5	2,2	2,0	7,5
<b>MM ESTABLECIDA</b>				
MM Directa	84	70,6	85,7	92,5
MM Indirecta	11,8	29,4	14,3	7,5
S/D	4,2			11,1
<b>TOTAL</b>	<b>202</b>	<b>190</b>	<b>130</b>	<b>188</b>

**Fuente:** Elaboración propia en base datos SEDES: Santa Cruz, Chuquisaca, Tarija y La Paz

En general, la concentración de la mortalidad materna hospitalaria pone en cuestionamiento las acciones que se llevan a cabo en los establecimientos públicos. Por otro lado, también es llamativo el número bajo de muertes domiciliarias tomando en cuenta que en Bolivia todavía hay una preferencia por partos domiciliarios, sobre todo en el área rural. De acuerdo con las entrevistas realizadas se menciona que se está prestando poca atención a las muertes sucedidas en domicilio.

#### **D. MOMENTO DE LA MUERTE MATERNA**

El parto y el posparto sobresalen como los momentos donde la muerte acontece con mayor frecuencia. Sin embargo, existen diferencias importantes en cuanto a la información sobre semanas de embarazo antes de la muerte materna, y no en todos los departamentos existen datos de las semanas de embarazo en que se produjo la muerte.

#### **E. ALGUNAS CARACTERÍSTICAS DE LAS MUJERES FALLECIDAS**

En concordancia con las estadísticas nacionales, la mayoría de muertes maternas sigue presentándose en edades entre 20 a 39 años.

Según la información proveniente de los 4 SEDES, de manera general se observa una proporción mayor de muertes maternas en mujeres menores de 30 años. En los departamentos de La Paz, 64.5% y Santa Cruz, 59.1%. En Tarija alcanza a 50%, es decir la mitad es menor de 30 años y el otro 50% mayor. En Chuquisaca, se observa que el 58.8% son mayores de 30 años.

En La Paz, autoridades de SEDES mencionaron que una gran parte de las mujeres que acuden con hemorragias de la primera mitad del embarazo son adolescentes. Por lo que siendo la hemorragia la causa más alta de la mortalidad materna, son las adolescentes las más expuestas a este riesgo. Por otro lado, si se toma en cuenta que muchas adolescentes no van a los hospitales o buscan una atención institucional, existe un subregistro muy importante en relación a mortalidad materna y aborto en adolescentes. En este departamento se tienen reportes de mujeres desde los 15 hasta los 39 años.

En el caso de Chuquisaca, existe una mayor mortalidad materna en mujeres mayores de 30 años, muchas de ellas tienen más de tres hijos. Las muertes se producen en mayor proporción en el parto y posparto. En el primer semestre del 2011 la mayoría de las muertes se presentaron en el puerperio.

En relación al nivel de instrucción, una constante son los bajos niveles educativos de todas aquellas mujeres que fallecieron por causas maternas. En Chuquisaca y Tarija las mujeres fallecidas, sin instrucción y con instrucción primaria alcanzan a 82,4% y 80,7 % respectivamente, en menor magnitud, Santa Cruz y La Paz, 75,3 y 66,7% respectivamente.

Otro aspecto investigado fue el estado civil de las mujeres, en este sentido se observa una tendencia mayor al concubinato, como el caso de Santa Cruz y Tarija.

En Chuquisaca más de la mitad de las mujeres fallecidas eran analfabetas o tenían educación primaria. La mayoría estaban conviviendo con su pareja, algunas estaban casadas y muy pocas eran solteras. En Tarija la mayoría tuvo educación primaria y estaban casadas o en unión libre.

**Cuadro No.4**  
**Características de las mujeres fallecidas por causas maternas, según SEDES seleccionados**

Características de las Muertes Maternas	SEDES			
	SANTA CRUZ (2003 al 2011)	CHUQUISACA (2002 al 2011)	TARIJA (1999 al 2011)	LA PAZ (2008 al 2011)
<b>EDAD</b>				
Menor a 20	17,4	5,9	<b>16,7</b>	16,1
21 - 30	41,7	35,3	33,3	48,4
30 y +	38,9	58,8	50	35,5
S/D	2,0			
<b>EDUCACION</b>				
Sin Instrucción	10,9	35,3	16,6	3,7
Primaria	64,4	47,1	64,1	63,0
Secundaria	16,8	17,6	19,3	22,2
Superior	7,9			11,1
<b>ESTADO CIVIL</b>				
Conviviente	59,5	35,3	49	32

Casada	18,9	47,1	33,3	35,7
Soltera	16,2	17,6	17,7	32,3
Otro	5,4			
TOTAL	202	190	130	188

Fuente: Elaboración propia en base datos SEDES: Santa Cruz, Chuquisaca, Tarija y La Paz

## F. CAUSAS DE LAS MUERTES

21

En la revisión de la información de los cuatro SEDES, las principales causas de defunción de las mujeres embarazadas son: eclampsia, embarazo ectópico, aborto, hipertensión arterial, infecciones. Las defunciones durante el parto fueron a causa de hemorragias uterinas o emergencias obstétricas directas. Los datos de los SEDES visitados confirman las causas nacionales de mortalidad materna, principalmente las hemorragias. Sin embargo existen algunas diferencias que valdría la pena tomar en cuenta.

En Chuquisaca es importante mencionar que aproximadamente un 30% de las muertes son por causas indirectas (SIDA, intoxicación, cáncer, abdomen agudo, shock séptico e hipovolémico).

De acuerdo a información del SEDES Santa Cruz, las causas de muerte más prevalentes son las hemorragias 35%, sepsis 18%, aborto 14%, eclampsia 14% y otras causas 19%.

En La Paz las principales causas registradas del 2008 hasta julio del 2011 son las hemorragias durante el parto, la sepsis puerperal, la eclampsia en el puerperio y en el embarazo, y las hemorragias posparto. En este departamento llama la atención las muertes por causas “no especificadas”, envenenamiento, causas obstétricas no “especificadas”, y una muerte registrada en el 2008 por maltrato de la pareja.

En Tarija, de acuerdo con la información del SEDES, entre el periodo 2002 al 2010 sobresalen las muertes por complicaciones del parto y posparto, edema y trastornos hipertensivos en el embarazo, parto y posparto, hemorragia anteparto.

En el análisis de las muertes maternas en Chuquisaca, sobresalen causas vinculadas a las hemorragias, sepsis y en menor medida abortos. Se atribuye, que esta situación, se ve agravada por las tres demoras. 1. En la familia y la comunidad no se buscó ayuda para el parto o se llegó tarde al hospital (seis muertes). 2. La referencia entre centro de salud y hospital fue tardía (tres muertes) y 3. En los centros de salud falta de sangre y de competencias para atender emergencias obstétricas (cuatro muertes). Estas demoras alertan sobre la importancia de profundizar en razones estructurales que tienen que ver con la pobreza, la inequidad de género, la falta de información, educación y prevención en salud en familias y comunidades.

En Tarija, el análisis de la información permite establecer que la primera demora referente a la toma de decisiones de la familia para buscar ayuda oportuna y reconocer las

señales de peligro o alerta, fue el principal factor que incide en la muerte materna. Sin embargo, la tercera demora relacionada con la resolución de las emergencias obstétricas es también un factor muy significativo. También se identificó que existe referencia tardía e inoportuna de las complicaciones y emergencias obstétricas.

Aunado a las tres demoras, en todos los lugares visitados se presentan problemas con la calidad de la atención, el acceso a métodos anticonceptivos y la falta de recursos humanos. La referencia oportuna del primer nivel al segundo nivel se identifica como problema. De igual manera, la respuesta del tercer nivel también se constituye en un problema.

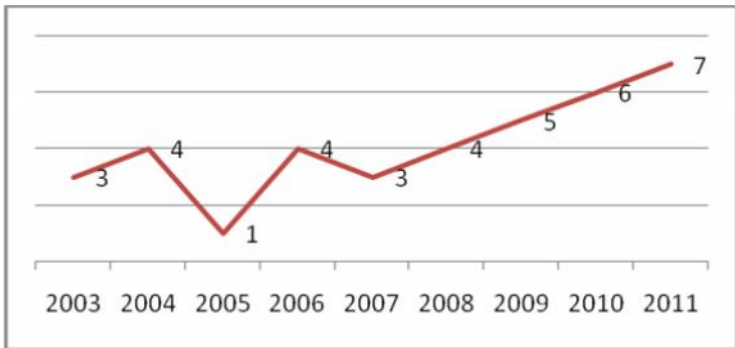
Desde un enfoque de derechos, no cumplir con los requisitos indispensables y no desarrollar actitudes que coadyuven a resolver una emergencia, puede tomarse como una violación a los derechos y una responsabilidad directa en una muerte materna.

**V. LA MORTALIDAD MATERNA POR ABORTO EN LOS SERVICIOS DEPARTAMENTALES DE SALUD**

De acuerdo a la información suministrada en los cuatro SEDES estudiados, se han identificado todos aquellos casos de mortalidad materna atribuibles a una situación de aborto, En el departamento de Santa Cruz, entre el año 2003 y el 2011 se han producido 36 muertes maternas por causa del aborto. Es decir, el 14% de todas las muertes maternas hospitalarias del departamento.

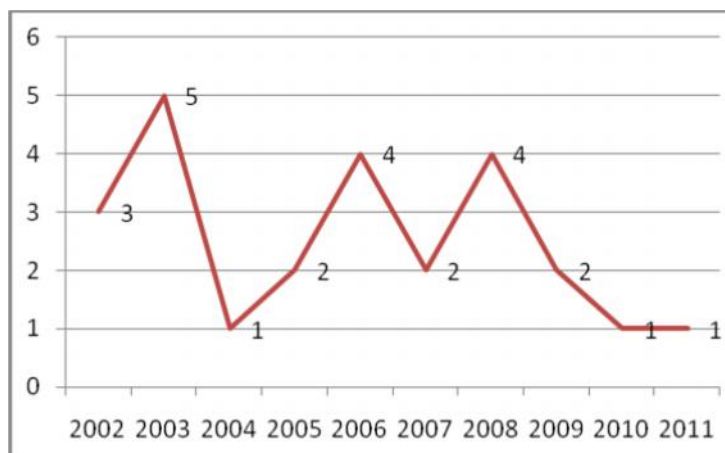
El número de muertes maternas por aborto presenta una tendencia a un incremento leve, pero sostenido, especialmente desde el año 2007.

**Gráfico No.8**  
**SEDES, Santa Cruz: muertes maternas por aborto, 2003 al 2011**



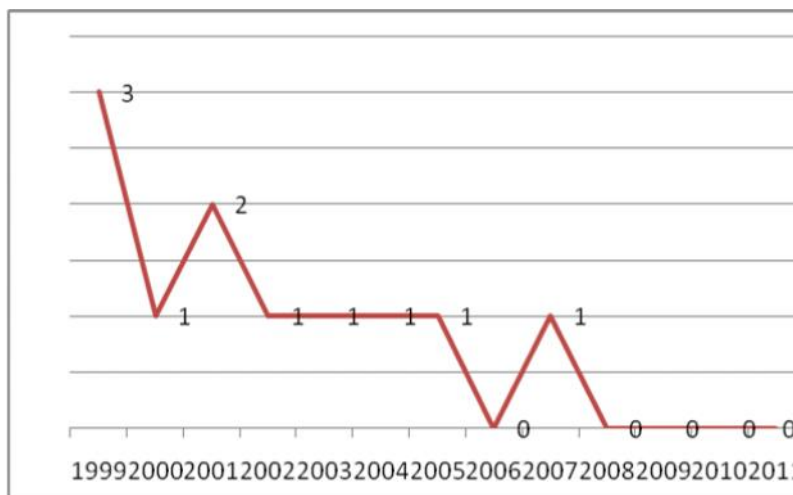
En el departamento de Chuquisaca, el 9,4 % de las muertes maternas son a consecuencia del aborto. De acuerdo al número de casos presentados del año 2002 al 2011, se puede apreciar una tendencia importante al descenso.

**Gráfico No. 9**  
**SEDES, Chuquisaca: muertes maternas por aborto, 2002 al 2011**



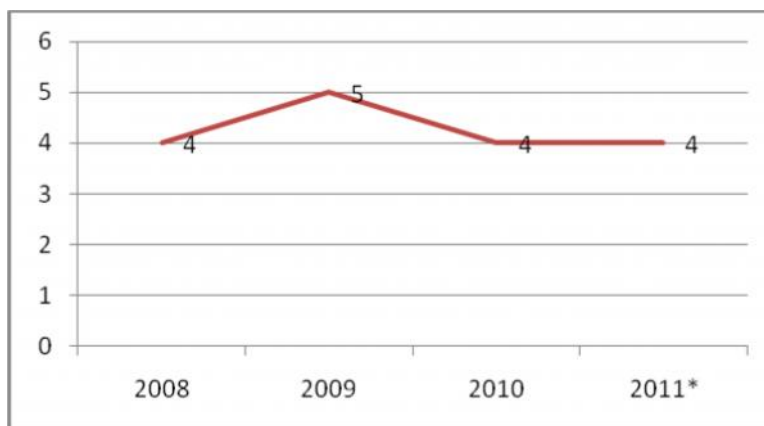
El 8,5 % de las muertes maternas en el departamento de Tarija, son a consecuencia de abortos provocados. Según el Sistema de Vigilancia Epidemiológica desde el año 1999 al 2011, el número total de muertes por abortos es de 11. En los últimos años, es decir entre el 2009 al 2011, no se ha producido ninguna muerte materna por causa del aborto registrada en un centro público.

**Gráfico No. 10**  
**SEDES, Tarija: muertes maternas por aborto, 2002 al 2011**



En cuanto al departamento de La Paz, las muertes maternas relacionadas con el aborto representan un 9% del total. La tendencia observada en los últimos años se ha mantenido constante, con leves incrementos, lo cual se corroborará en el segundo semestre del 2011.

**Gráfico No.11**  
**SEDES La Paz: muertes maternas por aborto, 2008 al 2011**



De manera general, se puede decir que en los cuatro SEDES estudiados, de acuerdo a la información disponible, en promedio un 10% de todas las causas maternas son atribuibles al aborto, desde luego con diferencias departamentales.

**Cuadro No.5**  
**SEDES: muertes maternas totales, por causa de aborto y subregistro, según periodos de observación del SVE.**

SEDES Departamental	Muertes Maternas	Muertes por aborto	% Muertes por aborto	% de Casos probables de Muerte por aborto (Subregistro)
Santa Cruz (2002 al 2011)	257	36	14,0	8,9
Chuquisaca (2002 al 2011)	256	24	9,4	7,1
Tarija (1999 al 2011)	130	11	8,5	3,2
La Paz (2008 al 2011)	188	17	9,0	5,4
TOTAL	831	88	10,6	6,1

#### A. SUBREGISTRO

El subregistro y la falta de información específica no permiten contar con datos completos que reflejen la magnitud de la mortalidad materna vinculada al aborto. Se estima que el



subregistro de muertes por causa del aborto en los 4 SEDES es 6,1% aproximadamente con diferencias importantes entre Santa Cruz 8,9% y Tarija 3,2%.

En Chuquisaca es importante hacer notar que los casos de muerte por intoxicación, shock séptico e hipovolémico pueden estar relacionados con aborto.

En La Paz, aproximadamente se han registrado 17 muertes por aborto en el periodo 2008 a julio 2011. Sin embargo, al igual que en Chuquisaca, otras causas de muerte como las no especificadas, sepsis, envenenamiento y hemorragias durante el embarazo, son causas que pueden estar vinculadas con el aborto.

25

En el Hospital de la Mujer en La Paz, se menciona que existen pocos casos de mortalidad materna vinculada al aborto. En el presente año, se reportan 3 muertes maternas: un caso de muerte por septicemia no especificada (posiblemente aborto). En este Hospital la morbilidad por egreso arroja para el 2011 un total de 323 casos de abortos atendidos, todos con AMEU (Aspiración Manual Endouterina), y sólo uno con Misoprostol por ser portadora de VIH.

En el Hospital los Andes, de El Alto, se menciona que el 50% de las atenciones obstétricas son por aborto en curso o incompleto. Son atendidas con AMEU y LIU (Legrado Uterino Instrumental). El 100% de los casos salen con vida, no usan el Misoprostol.

En general, un problema para identificar la muerte materna vinculada al aborto es que no se especifica si el aborto es espontáneo, provocado y si presenta complicaciones, ni siquiera el personal de salud está interesado en obtener mayor información sobre este tema, se toma como una rutina la atención de las hemorragias del primer semestre del embarazo. Sobre este tema surge la discusión del tema punitivo, moral y legal del aborto. Al parecer se prefiere no visibilizar el tema.

## **B. LUGAR DE LA MUERTE MATERNA POR ABORTO**

De igual manera, como sucede con las otras muertes maternas, los registros señalan que las muertes institucionales en hospitales o centros de salud, por aborto, son más altas que las muertes acontecidas en domicilios. La información de la muerte domiciliaria es difícil de obtener y no se llega a conocer su dimensión.

**Cuadro No.6**  
**Lugar de fallecimiento y tipo de Mortalidad materna por aborto, según SEDES seleccionados**  
**2008 al 2011**

MORTALIDAD MATERNA	SEDES			
	SANTA CRUZ (2003 al 2011)	CHUQUISACA (2002 al 2011)	TARIJA (1999 al 2011)	LA PAZ (2008 al 2011)
<b>LUGAR DE FALLECIMIENTO</b>				
Servicio de Salud	97,0	50,0	75,0	76,5
Domicilio	2,0	41,7	23,0	23,5
Otro	1,0	8,3	2,0	0,0
No. TOTAL	36	24	11	17

Fuente: Elaboración propia en base datos SEDES: Santa Cruz, Chuquisaca, Tarija y La Paz

### C. ALGUNAS CARACTERÍSTICAS DE LAS MUJERES FALLECIDAS POR ABORTO

La mayoría de muertes maternas por aborto sigue presentándose en edades menores a 30 años. En los departamentos de La Paz, 53,9%, Santa Cruz, 60%, Tarija alcanza a 56% y en Chuquisaca 43,7%.

En relación al nivel de instrucción, una constante son los bajos niveles educativos de todas aquellas mujeres que fallecieron por causa del aborto. Otro aspecto investigado fue el estado civil de las mujeres, donde se observa una tendencia mayor al concubinato, como el caso de Santa Cruz y Tarija.

En Santa Cruz, se mencionó que el número de abortos provocados posiblemente esté en aumento por la demanda insatisfecha en anticoncepción y otros aspectos económicos y culturales. El número de muertes maternas por causa de aborto presenta leves incrementos. Al respecto se indicó que el número de muertes no es mayor, debido al uso del Misoprostol.

**Cuadro No.7**  
**Algunas características de las mujeres fallecidas por aborto**

Características de las Muertes Maternas	SEDES			
	SANTA CRUZ	CHUQUISACA	TARIJA	LA PAZ
EDAD				
Menor a 20	23,3	21,7	19,0	46,2
21 -30	36,7	21,7	36,0	7,7
31 – 40	26,7	39,1	30,0	23,1
40 y +	13,3	17,4	15,0	23,1
EDUCACION				
Sin Instrucción	6,1	20,0	15,3	0,0
Primaria	37,0	60,0	52,0	53,8
Secundaria	13,2	10,0	16,7	30,8
SUPERIOR	7,7	5,0	3,0	7,7
S/D	36,0	5,0	13,0	7,7
ESTADO CIVIL				
Conviviente	41,7	25,0	42,0	30,8
Casada	29,2	54,2	34,6	23,1
Soltera	29,2	20,8	18,4	38,5
Otro	0,0	0,0	5,0	7,7
No. TOTAL	36	24	11	17

Fuente: Elaboración propia en base datos SEDES: Santa Cruz, Chuquisaca, Tarija y La Paz

## VI. CONCLUSIONES

Las acciones de vigilancia de la muerte materna dependen del funcionamiento de la recolección de información y del análisis de las causas de las muertes maternas a fin que el sistema de salud pueda tomar decisiones racionales y fundadas que permitan evitarlas. Por tanto, un sistema de información debe ser sistemático, continuo, eficiente y relevante. El análisis sistemático de las muertes por causas evitables posibilita determinar con amplitud y precisión los factores que incidieron en su ocurrencia, evaluar la efectividad de los servicios de salud y sobre estas bases establecer los correctivos correspondientes.

28

Si bien existen un conjunto de disposiciones técnicas y jurídicas que establecen sistemas de recolección de información, su implementación no funciona adecuadamente. Tanto los registros de muerte del Registro Civil como los registros propios del sistema de salud presentan sub-registro de las defunciones, sesgos y dificultades con la información de las muertes maternas institucionales y no institucionales. A lo anterior, se agrega el débil desarrollo de la vigilancia comunitaria en los casos de muerte no institucional, todo lo cual constituye un problema que debe ser superado si se pretende tomar medidas adecuadas para reducir la morbi-mortalidad materna.

Al respecto, los principales obstáculos encontrados para la recolección y procesamiento de la información fueron:

Programas / pasos	Obstáculos
Programas preventivos	<ul style="list-style-type: none"><li>• En muchas de los informes no aparece si las mujeres recibieron información sobre anticoncepción.</li><li>• No se describe si usaban o métodos anticonceptivos.</li><li>• Mujeres que tienen varios hijos/as por encima del promedio nacional.</li><li>• En el caso de muertes domiciliarias, no se registra si la familia conocía o no señales de peligro o alerta.</li><li>• No hay un abordaje para la atención de mujeres en situación de discapacidad, y menos aún programas de planificación familiar. En los informes epidemiológicos no se presta atención a esta situación.</li></ul>
Atención prenatal	<ul style="list-style-type: none"><li>• Informes incompletos.</li><li>• No hay datos de peso y talla.</li><li>• No se incluyen resultados de laboratorio.</li><li>• Algunas con ausencia de control prenatal.</li><li>• Mujeres que tienen cuatro controles prenatales, aún así fallecen en el postparto.</li></ul>
Referencia	<ul style="list-style-type: none"><li>• Muchas de las referencias son tardías.</li><li>• Por falta de incubadora por parto prematuro.</li></ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Chofer no disponible para el traslado de paciente.</li> <li>• Demora de 4 horas para realizar la transferencia.</li> <li>• Falta de unidad de sangre.</li> <li>• Boletas de referencia con datos incompletos.</li> <li>• No funciona la red telefónica en lugares inaccesibles.</li> <li>• Ausencia de personal médico en el puesto de salud.</li> </ul>
Recursos humanos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Falta de personal médico en puestos de salud de cabeceras municipales.</li> <li>• En algunos informes se alude a la falta de competencia del personal de salud.</li> </ul>
Resolución emergencia	Demora en la transfusión sanguínea.
Diagnóstico	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Muchos diagnósticos son imprecisos.</li> <li>• Fallecen en el camino por shock hipovolémico y paro respiratorio.</li> <li>• Diferentes informes no coinciden en diagnósticos</li> <li>• Certificados médicos de defunción incompletos, no se diferencia entre causa básica y causa asociada.</li> <li>• Problemas en provincias para identificar causas básicas y directas.</li> <li>• Poca importancia a registrar los tipos de aborto.</li> <li>• No se profundizan causas en casos de sospecha de mala praxis.</li> <li>• No se profundizan los casos de intoxicación.</li> </ul>
Plan de acción	No existe un plan de acción.
Perspectiva de género	“La falta de decisión de la mujer” aparece como una de las razones para que no busque ayuda antes de fallecer. Esta afirmación puede conducir a sesgos y culpabilidad de la mujer y no permite profundizar en otras razones que tienen que ver con información y atención en los servicios de salud.
Informes	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Letra ilegible.</li> <li>• Fotocopias poco claras.</li> <li>• La mayoría de autopsias verbales están incompletas y sin identificación de la persona que hace la entrevista.</li> <li>• Cada responsable de salud materna departamental ha ideado su propio sistema de información para vaciar los formularios de autopsias verbales e institucionales, lo que no permite una uniformidad en los resultados de la información. Esto es por ausencia de un sistema único que funcione en la actualidad. El software elaborado por el MSD para procesar la información nacional sobre mortalidad materna no estaba funcionando al momento en que se realizaron las visitas.</li> <li>• Hay ausencia de información y notificaciones provenientes de la comunidad o no se visibilizan en los informes de los comités técnicos.</li> </ul>

Demoras	No se presentan análisis de las tres demoras. Por la revisión de los informes puede concluirse que la primera y la segunda demora son los asuntos más críticos en estas muertes.
---------	--

De manera general, siguen presentándose falencias en la resolución de las emergencias obstétricas que ya habían sido identificadas por algunos estudios en el 2003 y 2005, que mostraron que el 55% de las cabeceras de red no ofrecían cuidados obstétricos de emergencia completos y que el 91% de los centros de salud evaluados no ofertaban cuidados obstétricos de emergencia básicos.

La falta de información o la falta de notificación de una muerte materna que ocurre en establecimientos de salud responden también a una actitud de temor a una auditoría médica por parte del personal de salud. Tanto la Vigilancia Epidemiológica sobre Mortalidad Materna, como la auditoría de la muerte materna, son dos procesos independientes, pero esto no es claro para muchos de los y las prestadoras.

## VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

---

Aliaga, S. et. Al. (2011) *Situaciones Evitables: Embarazos No Deseados y Abortos Inseguros en Cinco Ciudades de Bolivia*. La Paz: Marie Stopes, CIDEM, OMS.

Asociación Sueca para la Educación Sexual (RFSU) (2005) *Abriendo Espacios: Guía política de salud y derechos sexuales y reproductivos*. Versión traducida al español por Isabel Vericat. México: Artes Gráficas Panorama.

Católicas por el Derecho a Decidir, (2011) *Encuesta Nacional de Opinión sobre: Derechos sexuales, Derechos reproductivos y aborto*, La Paz, Bolivia.

Centro de Información y Desarrollo de la Mujer – CIDEM (2009) *Violencia Contra Las Mujeres. Informe Estadístico*. La Paz: CIDEM-SIVICEGE.

Dibbits, I. (s.f) “Cuando la mortalidad es el pretexto para la indignidad”.

Family Care International (2009) *Apuntes para la Incidencia en las Políticas Públicas sobre Maternidad Segura y Salud Sexual y Reproductiva para Mujeres Indígenas*. Ecuador: FCI/UNFPA.

Faúndes, A (2004) *El Falso Dilema de Estar a Favor o en Contra del Aborto*. Montevideo: MYSU

Freyermuth G. (2009). *Mortalidad materna en México. Inequidad institucional y desigualdad entre mujeres*. México, D.F., CNDH, CIESAS, CONEVAL.

Hill, K; Stanton C; Gupta N. (2001) *Medición de la Mortalidad Materna a partir de un Censo: Instrucciones para los Usuarios*. MEASURE Evaluation Manual Series, No. 4. Carolina Population Center: Measure Evaluation.

Instituto Nacional de Estadística (2001) *Censo Nacional de Población y Vivienda 2001*. Instituto Nacional de Estadística (2003) *Encuesta Post censal de Mortalidad Materna*, La Paz, Bolivia.

IPAS (2011) *La mortalidad materna, el embarazo no deseado y el aborto en documentos del sistema internacional sobre los derechos humanos. Primera parte: Textos de tratados, comités de monitoreo de tratados, relatores especiales, comisiones de derechos humanos y cortes de derechos humanos*. Chapel Hill, Carolina del Norte: IPAS.

Lanza, M. (2006) *Perfil de Género*. JICA

Lebrou, M. (2010) Análisis de los factores explicativos de la mortalidad materna en Bolivia, CERDI, Université d' Auvergne, Clermont-Ferrand I.

Maine, D, et. Al. (1997) Diseño y evaluación de programas para Mortalidad materna. Centro para la población y salud familiar Facultad de Salud Pública Universidad de Columbia

Ministerio de Salud y Deportes (2010) *Recolección, Procesamiento, Uso y Análisis de la Información del Sistema Informático Perinatal SNIS-SIP*. La Paz: MSD.

Ministerio de Salud y Deportes (2009a) *Plan Estratégico Nacional para Mejorar la Salud Materna, Perinatal y Neonatal en Bolivia 2009 – 2015*. La Paz: MSD.

Ministerio de Salud y Deportes (2009b) *Plan Estratégico Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2009-2015*. La Paz: MSD.

Ministerio de Salud y Deportes (2009c). *Normas y protocolo Clínicos sobre el empleo del Misoprostol en Ginecología y Obstetricia. Serie de Documentos técnicos – Normativa*. La Paz: MSD.

Ministerio de Salud y Deportes (2005) *Guía para el Uso del Certificado Médico de Defunción – CEMEUD*. La Paz: MSD

Ministerio de Salud y Deportes (2004) *Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Materna*. La Paz: MSD.

Ministerio de Salud y Deportes, INE (2010) *Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2008*. La Paz: MSD e INE.

Organización Mundial de la Salud (2003) *Aborto sin Riesgos: Guía Técnica y de Políticas para el Sistema de Salud*. Ginebra: OMS.

Mundial de la Salud (1992) "The prevention and management of unsafe abortion": report of a technical working group, Ginebra: OMS.

Paz, M. (2010) "Argumentario: Orientaciones para la despenalización del aborto". Informe de Consultoría.

Population Council (2005) *Relatoría. II Reunión de investigación sobre embarazo no deseado y aborto inseguro. Desafíos de salud pública en América Latina y el Caribe*. México: El Colegio de México.



Salinas, S. (2010) *Surcando Caminos, Develando Realidades, Esbozando Desafíos: relevamiento de información sobre salud General y SSR de adolescentes y jóvenes indígenas en Bolivia*. La paz: FCI BOLIVIA /OPS.

Salinas, S. y Castro MD. (2010) “Diagnóstico sobre el Estado Actual de la Salud y los Derechos Sexuales y Reproductivos en Bolivia”. La Paz: Embajada de Suecia.

Singh, S. *Et. Al* (2009) *Aborto a Nivel Mundial: Una Década de Desarrollo Desigual*. Washington: Guttmacher Institute.

Secretaria Distrital de Salud de Bogotá (1997) “Mortalidad Materna”.

Unidad de Análisis de Políticas Sociales y Económicas – UDAPE (2010) *Objetivos del Desarrollo del Milenio en Bolivia: Sexto Informe de Progreso 2010*. La Paz

Viceministerio de Igualdad de Oportunidades – VIO (2009) *Plan Nacional para la Igualdad de Oportunidades “Mujeres Construyendo la Nueva Bolivia para Vivir Bien.”*

## VIII: LISTA DE GRÁFICOS Y CUADROS

---

- Gráfico No.1. Estimación de la evolución de la Razón de Mortalidad Materna en Bolivia, según diferentes fuentes, 1990 - 2008 (Por 100,000 n.v.).
- Gráfico No.2. Distribución de las causas de Mortalidad Materna en Bolivia, Encuesta Post Censal, 2003.
- Gráfico No.3. Avances en la salud materna, según el Plan Estratégico Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2009-2015.
- Gráfico No.4. SEDES, Santa Cruz: Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Materna, según años, 2002 al 2011.
- Gráfico No.5. SEDES, Chuquisaca: Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Materna, según años, 2002 al 2011.
- Gráfico No.6. SEDES, Tarija: Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Materna, según años, 1999 al 2011.
- Gráfico No. 7. SEDES, La Paz: Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Materna, según años, 2008 al 2011.
- Gráfico No.8. SEDES, Santa Cruz: muertes maternas por aborto, 2003 al 2011.
- Gráfico No. 9. SEDES, Chuquisaca: muertes maternas por aborto, 2002 al 2011.
- Gráfico No. 10. SEDES, Tarija: muertes maternas por aborto, 2002 al 2011.
- Gráfico No.11. SEDES La Paz: muertes maternas por aborto, 2008 al 2011.
  
- ❖ Cuadro No.1. Principales estrategias para el cumplimiento de las Metas del Milenio en relación a la reducción de la Mortalidad Materna.
- ❖ Cuadro No.2. Abortos Estimados por Año 2005-2010.
- ❖ Cuadro No.3. Lugar de fallecimiento y tipo de mortalidad materna establecida, según SEDES seleccionados.
- ❖ Cuadro No.4. Características de las mujeres fallecidas por causas maternas, según SEDES seleccionados.
- ❖ Cuadro No.5. SEDES: muertes maternas totales, por causa de aborto y subregistro, según periodos de observación del SVE.
- ❖ Cuadro No.6. Lugar de fallecimiento y tipo de Mortalidad materna por aborto, según SEDES seleccionados 2008 al 2011.
- ❖ Cuadro No.7. Algunas características de las mujeres muertas por aborto.

