

**GOBIERNO REGIONAL DEL CUSCO
DIRECCION REGIONAL DE SALUD CUSCO**

FETP-PREC, CUSCO-PERU

Análisis de Situación de la Mortalidad Materna y Perinatal, Región Cusco, 2007



**Pablo Fidel Grajeda Ancca
Carmen Rosa Rojas Pariona
Cesar Eugenio Huallpa Sota
Fernando Perez Fasabi**



**ANÁLISIS DE SITUACIÓN
DE LA MORTALIDAD MATERNA
Y PERINATAL, REGION CUSCO
2007**

CUSCO - PERÚ

**Publicación sobre Investigación Descriptiva
Operacional de Análisis de Situación de la
Mortalidad Materna y Perinatal,
al mes de Diciembre del año 2007, dirigido a
quienes están Encargados de Tomar Decisiones.**

Primera Edición
Febrero 2008
MINSA
Av. de la Cultura S/N
Cusco – Perú
Impreso y hecho en Perú

Se autoriza su reproducción total o parcial, siempre y cuando se cite la fuente



DIRECCION REGIONAL DE SALUD CUSCO

Alberto Caro Palavicini M.D
Director General

Cesar Eugenio Huallpa Sota M.D
Director de Inteligencia Sanitaria



Field Epidemiology Training Program-FETP
Programa de Entrenamiento en Epidemiología de Campo-PREC
Cusco-Perú



**EQUIPO DE INVESTIGACIÓN
OPERATIVA**

Investigadores Principales

Grajeda Ancca Pablo Fidel M.D.
Rojas Pariona Carmen Rosa Lic. Enf.

Investigadores Asociados

Huallpa Sota Cesar Eugenio M.D.
Perez Fasabi Fernando M.D.

Equipo de Apoyo Técnico

Capcha Salcedo Edgar Waldo
Valderrama Alvarez Ray Milton
Quispe Peralta Santiago
Baca Mendoza Ruth Marina



INDICE

- Caratula.....	01
- Equipo de Investigación Operativa.....	04
- Indice	05
- Presentación.....	06
- Objetivos de la Investigación.....	07
- Material y Metodos.....	08

SITUACION DE LA MORTALIDAD AMTERNA 09

- Tendencia de la Razón de Mortalidad Materna	12
- Número y RMM Región Cusco	12
- Número de muertes maternas según provincias	14
- Mapa de muertes maternas según provincias y distritos	15
- Mapa de muertes maternas según quintiles de pobreza	15
- Razón de Mortalidad Materna según provincias	17
- Muertes maternas según edad	18
- Muertes maternas según condición del control prenatal	23
- Muerte materna según tipo de muerte: Directa o indirecta	25
- Muerte matwerna según grupo de causa básica de muerte	26
- La mortalidad materna y el analisis de las 4 demoras	27
- Muerte materna según edad gestacional al momento de fallecer	30

MORTALIDAD PERINATAL Y NEONATAL

- Número y tasa de mortalidad perinatal Región Cusco	36
- Número y tasa de mortalidad perinatal según provincias	38
- Muerte perinatal según peso al nacer	39
- Muerte perinatal según edad gestacional	41
- Muertes perinatales según peso al nacer y causa de mortalidad	51
- Matriz BABIES	52
- Bibliografía	60



PRESENTACIÓN

La Dirección Regional de Salud Cusco, como órgano directriz de la salud en la Región Cusco, dentro de las políticas de reforma de sector salud que está empeñada en realizar, en mérito a su fin último que es el mejoramiento de la calidad de vida de la salud de la población, y en cumplimiento de su Misión Institucional que es la de promover, prevenir, recuperar y rehabilitar la salud de la población de la Región, priorizando a los grupos más vulnerables brindando atención integral de salud con calidad, utilizando eficientemente los recursos y comprometiendo la participación activa de los actores sociales; ante la presencia de problemas sanitarios regionales en un contexto de coexistencia de una transición y contratransición epidemiológica en un substrato poblacional con problemas estructurales de carácter histórico social, que constituyen enormes desafíos para el sector salud, entre los que más destacan los problemas de inequidad e ineficiencia, los que constituyen retos a enfrentar; ha considerado conveniente realizar la presente investigación operativa sobre el Análisis de Situación de la Mortalidad Materna y Perinatal Salud Cusco 2007, el que esperamos se considere como un instrumento para la Gestión en Salud, por ende en un insumo importante en el proceso de la Toma de Decisiones en los diferentes niveles de responsabilidad intra y extrainstitucional.

El presente documento evalúa y describe la información relevante sobre las condiciones de vida, la estructura y dinámica demográfica, las características de la morbilidad y mortalidad; así como, la respuesta que la sociedad da a los problemas de salud en el Cusco, de tal manera que nos permita acercarnos a un análisis actualizado de la Situación de Salud, incluyendo los factores condicionantes o determinantes, así como las brechas e inequidades que existen al interior de su población.

Dado que la muerte materna y muerte perinatal constituyen los principales problemas sanitarios a nivel regional; se realiza el análisis de la mortalidad materna y perinatal considerando la mayor cantidad de factores de riesgo y variables en tiempo, espacio y persona relacionados con ellas; a partir de la investigación epidemiológica desarrollada en cada caso y complementada con el recojo de información de diversas fuentes intra y extra institucionales.

Con este documento pretendemos ofrecer una herramienta que permita orientar el proceso de identificación y priorización de problemas relacionados con la muerte materna y perinatal en los diferentes escenarios poblacionales; que permitan formular políticas y planes que permitan mejorar las condiciones de salud y vida de la mujer y del recién nacido a través del logro de las metas sanitarias que puedan ser incluidas en la agenda de trabajo y en los planes estratégicos institucionales y del sector salud en la Región Cusco.



OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN OPERATIVA

OBJETIVO GENERAL:

- ❖ Desarrollar el Análisis de Situación de la Mortalidad Materna y Perinatal Salud 2007 en la Región Cusco; identificando los factores de riesgo y las variables en tiempo, espacio y persona relacionadas con ella, que permita realizar la priorización de los problemas prioritarios relacionados, para la correspondiente toma de decisiones por parte del nivel gerencial desde el punto de vista técnico y político; que incluye la identificación de políticas sanitarias regionales y la elaboración de planes institucionales para enfrentar la muerte materna y perinatal.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- ❖ Describir y analizar la tendencia temporal de la mortalidad materna en la Región Cusco según años y semanas epidemiológicas, a través de Medidas de Frecuencia y Razón de Mortalidad Materna..
- ❖ Describir y analizar la presentación de las muertes maternas y perinatales en la Región Cusco según provincias y áreas geográficas a través de Medidas de Frecuencia y Razón de Mortalidad Materna.
- ❖ Describir y analizar la presentación de las muertes maternas en la Región Cusco 2007 según factores asociados, como: Edad Materna. Estado Civil, Grado de Instrucción, Paridad, y Embarazo deseado.
- ❖ Describir y analizar la presentación de las muertes maternas y perinatales en la Región Cusco 2007 según variables como: Tipo de muerte en relación a consulta prenatal y lugar de nacimiento, Condición de control prenatal, Trimestre gestacional en que ocurrió el parto, Condición del control prenatal, Trimestre gestacional en que inicia la atención prenatal Tipo de proveedor del último control prenatal, Visita domiciliaria del personal de salud, Tipo de muerte (directa o indirecta), Grupo de causa básica de muerte, Causa básica específica de muerte, Lugar de fallecimiento, Lugar y causa de fallecimiento, Edad gestacional al momento de fallecer, Momento reproductivo del fallecimiento, Producto de gestación, Tiempo del último control a la fecha de fallecimiento, Persona que inicia la atención, y Tiempo de demora en llegar al establecimiento de salud.
- ❖ Describir y analizar la mortalidad perinatal según variables de tiempo espacio y persona y factores asociados.



MATERIAL Y METODOS

Se realizó una Investigación Descriptiva Operacional sobre Análisis de Situación de la Mortalidad Materna y Perinatal, que corresponde al ámbito de la Dirección Regional de Salud Cusco, con información a Diciembre del año 2007.

Se establecieron 3 grandes áreas de descripción y análisis según las variables de tiempo, espacio y persona relacionadas con ellas; para lo cual se tomó como base la investigación epidemiológica de los casos de muerte materna y perinatal, luego del cual se identificó una serie de fuentes de información intra y extrainstitucionales; para luego proceder a evaluar la coherencia y consistencia de la información a través de procedimientos de seguimiento en unos casos y en otros revisando más de una fuente de información, para finalmente identificar la información que será parte de este documento; entre las fuentes revisadas tenemos:

- Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Materna y Mortalidad Perinatal.
- Sistema de Información del HIS-MIS.
- Sistema de Información del Seguro Integral de Salud.
- Base de Datos del Sistema de Registro Civil y Estadísticas Vitales.
- Sistema de Información de los Programas de Salud de la Dirección Ejecutiva de Salud de las Personas.
- Publicaciones varias del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), 2000- 2004.
- Otras fuentes varias.

La información principal proviene del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Materna y Perinatal que corresponde a la Dirección Ejecutiva de Inteligencia Sanitaria Dirección Regional de Salud Cusco, la que es integrante de la Red Nacional de Epidemiología (RENACE), habiéndose en el caso del 2007 revisado un total de 24 fichas e informes de investigación epidemiológica de casos de muertes maternas, y un total de 634 fichas e informes de casos de muertes perinatales; que corresponden al Sistema de Vigilancia y reporte de información proveniente de las 265 Unidades Notificantes, que corresponden a establecimientos de Salud tanto de la Dirección Regional de Salud-MINSA, ESSALUD, Sanidad de las Fuerzas Policiales, Sanidad de las Fuerzas Armadas, Centro Médico de la Universidad Nacional San Antonio Abad del Cusco, entre otros.

Se utilizaron instrumentos como el NOTI en el vaciado de la información dentro del Sistema de Vigilancia Epidemiológica; así como se crearon instrumentos del tipo de Base de Datos en Hojas de Cálculo en el programa informático de formato Excel-Office XP 2003; para generar cuadros y gráficos.



1. SITUACION DE LA MORTALIDAD MATERNA

La mortalidad materna expresa las inequidades, las exclusiones sociales y los acentuados contrastes cuando se comparan los países industrializados con aquellos que se encuentran en desarrollo, es considerado un indicador internacionalmente aceptado para evaluar los progresos en la lucha por eliminar la desigualdad social, el avance en la atención de la salud por los gobiernos tanto en términos de integralidad como en calidad de atención. La crisis estructural en lo económico, social y político que afronta el país en las ultimas decadas tiene efectos negativos en la población peruana, especialmente en los estratos más pobres, a los que el sistema margina de los servicios prioritarios como la salud y la educación; y donde la libre elegibilidad de los ciudadanos del país es todavía una quimera en los tiempos actuales.

Más de medio millón de muertes maternas acontecen anualmente en el mundo, lo que significa que cada minuto se produce una muerte materna; de esas muertes, el 99% suceden en los países en desarrollo y las posibilidades de morir es 1 de cada 48 mujeres, en contraste con los países desarrollados donde la relación es de 1 en 1800. En América Latina y el Caribe, todos los años mueren por lo menos 23,000 mujeres por causas relacionadas con el embarazo parto y puerperio, siendo su probabilidad de morir de 1 en 130 durante la vida reproductiva de una mujer, mientras que en Estados Unidos es de 1 en 3500 (estimaciones de OMS/UNICEF).

Si analizamos las circunstancias que rodean a la mortalidad materna, en los países en desarrollo, estas comparten características comunes: la mayoría son de causa directa, vinculada con su condición grávido puerperal o con las intervenciones para su atención, la mayoría de ellas previsibles, indiscutiblemente ligadas con la insuficiente educación y las barreras culturales de la población para el uso de los servicios médicos, agravados por la inaccesibilidad a la atención obstétrica y la calidad limitada de dicha atención, la falta de conocimiento y comprensión de los problemas que se producen durante el embarazo, que requieren atención sanitaria inmediata y a la influencia de complejos modelos de toma de decisión de las comunidades para adoptar las medidas necesarias y oportunas.

La ENDES 2000, describe de manera contundente las brechas sociales del sistema expresados en los indicadores de la dinámica poblacional y socioeconómica, que evidencian las profundas diferencias entre las zonas rurales y urbanas, entre estas últimas y la zona urbanomarginal de las ciudades, entre la costa y la sierra-selva de nuestro país; la tasa de natalidad en las areas rurales y sectores marginales de las ciudades, presentan cifras superiores a 30 nacimientos por mil habitantes al año, lo mismo sucede con la Tasa Global de Fecundidad con más de 4 hijos por mujer, en estas mismas zonas del país profundo; el 34% de las mujeres en edad fértil son analfabetas o tienen nivel primario de instrucción y su mediana de años de escolaridad es de 5.6 años, con diferencias marcadas, como con Huancavelica que presenta una mediana de 2.4 años de escolaridad ; solamente el 32% de la mujeres practican la contracepción por metodos eficaces y en las zonas rurales el 27% de las gestantes no recibieron atención pre-natal en tanto que el 75% señalo como lugar de parto su domicilio.

A esto se suma las limitaciones que enfrenta la población por la infraestructura sanitaria actual, con serias deficiencias como por ejemplo: en promedio hay una posta por cada 2,111 habitantes, lo cual determina que un 57% de personas enfrenten problemas de atención. Ello cobra mayor relevancia en las áreas en extrema pobreza o muy pobres, donde se suman factores geográficos y económicos (FONCODES, Junio 2002), el porcentaje de la población con déficit de agua y servicios de desagüe es de 34.7% y 54.3%, respectivamente, cuyo promedio nacional esconde las mayores deficiencias que se registran en los departamentos de la selva y el trapezio andino; similares iniquidades se observan para el acceso a la educación e ingreso económico.



No solo lo anterior enfrentan los pobres. También la escasez de carreteras transitables que les genera una barrera económica y social e impide una inserción efectiva en la economía de mercado y el acceso a los servicios básicos. En efecto, los pobres, de los distritos más alejados y sin vías de comunicación, tienen mayores dificultades para hacer llegar sus productos al mercado, para ir a la escuela y para hacerse atender por un profesional de salud cuando esta enfermo. Derivado de ello el desarrollo de sus capacidades humanas y productivas se encuentra limitado.

La situación de salud de una familia está influenciada por su capacidad económica (si está en pobreza, pobreza extrema o no es pobre), por la presencia o ausencia de servicios básicos y también por el tipo de actividad económica que realiza. Si una familia dispone de los recursos suficientes para soportar integralmente su canasta mensual, dispondrá entonces de recursos para solventar los gastos destinados a la conservación de la salud (actividades preventivas, recuperativas y/o de rehabilitación). En cambio, si está en nivel de pobreza o pobreza extrema, y por ende no cuenta con los recursos suficientes, priorizará los gastos de alimentación antes que los de salud.

La situación en el Perú, con respecto a la Mortalidad Materna, es similar a lo que ocurre en los países en desarrollo, aunque ha experimentado una disminución en los últimos años, no solo debe evaluarse en función de los promedios obtenidos. De acuerdo a ENDES 2000, la razón de mortalidad materna es de 185 muertes por 100,000 nacidos vivos (rango 148-222), lo que en números absolutos significa 1,258 muertes maternas anuales. Teniendo en cuenta que la razón de mortalidad reportada en ENDES 1996 fue 265 (rango 212-318), puede observarse que ambos intervalos se superponen, y por tanto la cifra estimada de mortalidad materna continúa siendo muy alta y no se puede decir que ha disminuido sólo en función de sus promedios.

En el Perú, la Razón de Mortalidad Materna, presenta una tendencia a la disminución, sustentado a partir de los resultados de las dos últimas ENDES; lo que indica, continúe el descenso y se espera que para el 2011, estemos alcanzando las 150 muertes maternas por 100,000 nacidos vivos. Pero, este descenso de la mortalidad materna, más que una proyección objetiva, pareciera ser un deseo, por que los expertos, señalan que los promedios obtenidos en ambas ENDES, presentan intervalos que se intersecan. Objetivamente hablando y a la luz del análisis del entorno y los determinantes que rodean a este importante daño, no podemos afirmar que esta disminución se presente necesariamente para el año 2011. Sin embargo, vale la pena, mostrar esta tendencia, para que sea un estímulo al trabajo del personal de salud y una misión que debemos asumir.

La razón de mortalidad materna obtenida a nivel de país no es uniforme. Existen variaciones regionales y diferencias entre las zonas rurales y urbanas que se mantienen hasta la actualidad, expresión de las desigualdades socioeconómicas para las mayorías nacionales, que conducen a la inequidad en el acceso a los servicios de salud de la gestante.

Según ENDES 2000, en el Perú cada día, 2140 mujeres quedan embarazadas, de las cuales casi la mitad (813) se enfrentan a un embarazo no deseado y en igual proporción (856) presentan complicaciones del embarazo y lo más lamentable, 3 de ellas mueren de causa directa, por complicaciones del embarazo, parto o puerperio.

La Oficina General de Epidemiología (OGE) del Ministerio de Salud, en su resumen ejecutivo La Mortalidad Materna en el Perú-Lima 2003, considerando las tendencias estudiadas de la información sobre la mortalidad materna registrada por el MINSA para los departamentos y la probabilidad de morir por causas maternas y tomando las proyecciones de la población revisada en base a los resultados de ENDES 2000, se estima que que el 2002 se produjeron en el país un total de 1027 muertes por causa materna, lo que significa una razón de mortalidad materna de 163.9 muertes maternas por 100,000 nacidos vivos. En el Sistema de Vigilancia a nivel nacional se notificaron solo 513 fallecimientos, lo que evidenciaría un subregistro del 50% a nivel de país, porcentaje de subregistro que se comparte con otros países latinoamericanos como el del México, donde se señala que por cada muerte que se registra queda otra sin registrar, lo que es muy



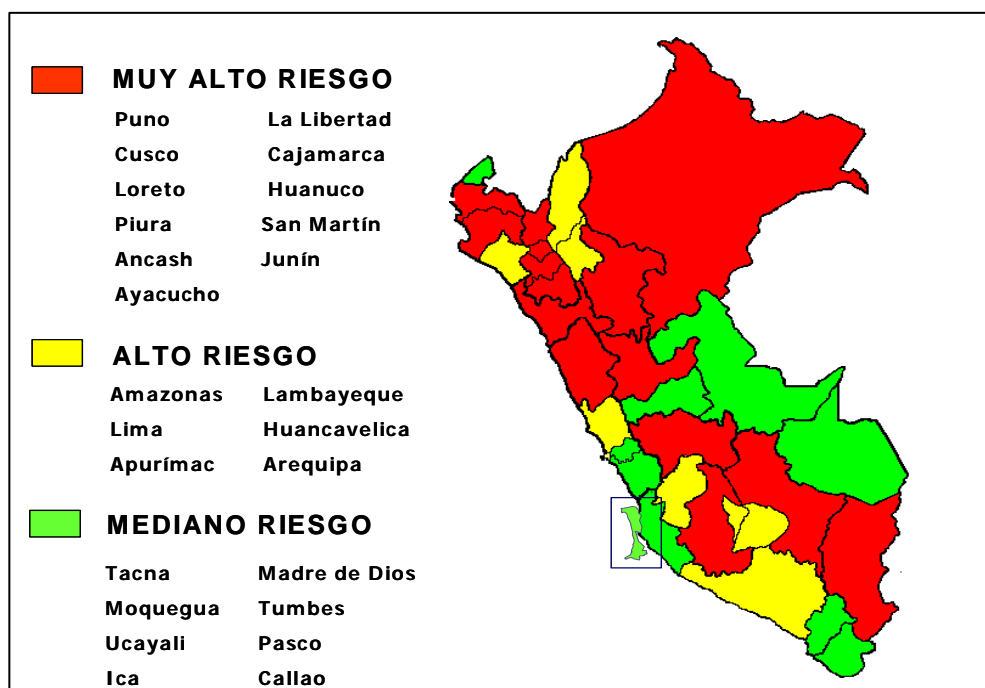
frecuente que ocurra en los casos de aborto inducido, para evitar la condena moral e incluso los problemas legales, la mujer, sus familiares y el proveedor de salud suelen ocultar el embarazo y las circunstancias que condujeron a la muerte. Bajo estas consideraciones, en el departamento Cusco se habrían producido 86 muertes maternas (subregistro 36%), lo que hace una Razón de Mortalidad Materna (RMM) de 271.2 muertes maternas por 100,000 nacidos vivos, la que la ubica en el 5º lugar, superado por Puno (323.1 x 100,000 NV), Ayacucho (304.7), Huanuco (284.3) y Cajamarca (281.8). El 80% de las muertes maternas del país, han ocurrido en 12 de los 25 departamentos del país: Cajamarca, Puno, Cusco Piura, Lima, Huanuco, La libertad, Loreto, Junín, Ancash, Ayacucho y Lambayeque. Moquegua, Tumbes y Tacna, son los departamentos donde menos muertes reportan. Es importante tener estas informaciones para la priorización de las acciones de salud por este daño.

Como se observa, la mortalidad materna es un problema crucial para la sociedad, de profundas implicancias sociales y prioritario en la agenda sanitaria de los países en desarrollo, porque, entre otros aspectos, desentraña las inequidades existentes y su solución es multidisciplinario y obliga a plantear una agenda social que mejore las condiciones de vida y la respuesta social organizada; de lo contrario la situación se agravará con el transcurrir de los años y las brechas sociales se acentúen como es la tendencia.

Se pretende caracterizar y conocer la dimensión de las muertes maternas en la Región Cusco, una de las regiones donde en los ultimos años se reportaba anualmente una razón de mortalidad materna por encima de los valores establecidos como de muy alto riesgo (150 muertes de causa materna por 100,000 nacidos vivos); y que en los ultimos 2 años, especialmente el 2007 la RMM es 105 por 100,000 nacidos vivos lo que la ubica en zona de alto riesgo, lo que habría que mantener hacia adelante; sin embargo debemos indicar que al interior de la Región existe diferencias regionales que superan este promedio, en las zonas más deprimidas, social, económica y culturalmente.

Con los ultimos datos oficiales proporcionados por el Sistema de Vigilancia se elaboró el mapa de riesgo nacional, que se presenta a continuación.

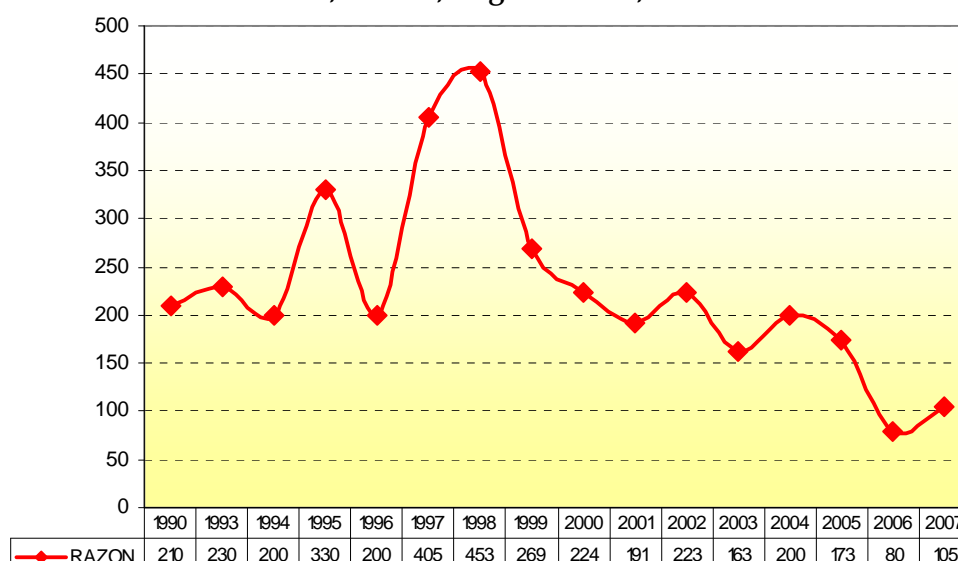
**Mapa N° 01.- Perú: Estratificación Regional
Según Razón de Mortalidad Materna, 2004**



Fuente.- OGE - MINSA



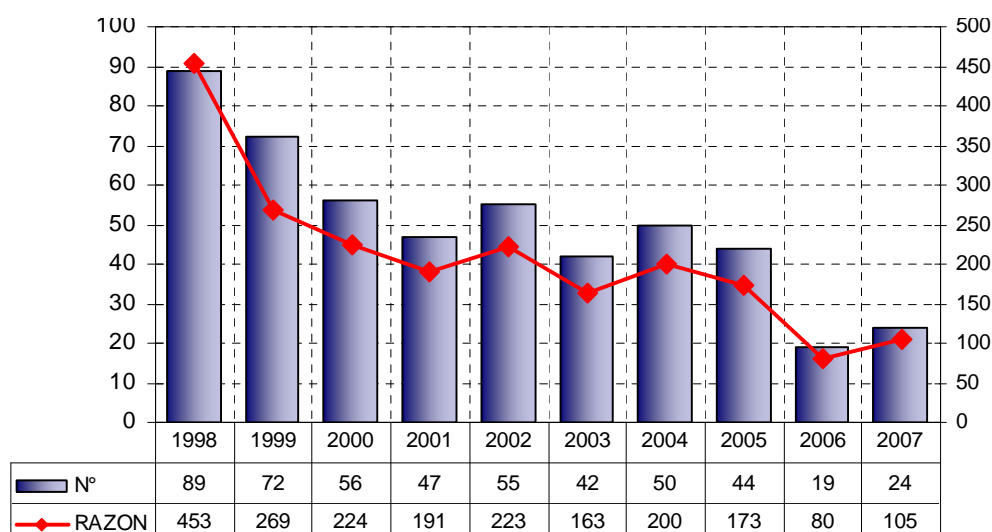
Grafico N° 01.- Tendencia de la Razón de Mortalidad Materna (RMM) x 100,000 n.v., Región Cusco, 1990-2007



Fuente.- VEA-Dirección de Epidemiología, DIRESA Cusco

La tendencia de la RMM en la Región Cusco muestra que hasta antes del año 1997 existía un subregistro importante de la información acerca de las mortalidad materna; sin embargo en la Región Cusco desde el año 1997-1998 se implemento un sistema de vigilancia de la mortalidad materna acompañado de una serie de esfuerzos multiinstitucionales que se concretizaron en un Plan Estratégico de carácter integral para enfrentar este problema, especialmente en zonas de mayor riesgo. Producto de estas intervenciones sanitarias, se aprecia una disminución de la RMM, así de una RMM de 453 x 100,000 n.v. el año 1998, a una RMM de 191 x 100,000 n.v. el año 2001; año desde el cuál al 2005 se aprecia una cierta tendencia estacionaria; en tanto que de manera esperanzadora la RMM el 2007 llego a ser de 105 por 100,000 n.v.; lo que debe permitirnos hacer una evaluación de lo trabajado y en función de ello desarrollar un Plan Estratégico para evitar la Mortalidad Materna que fortalezca las acciones de promoción de la salud, el trabajo multisectorial, la vigilancia de riesgos maternos desde la comunidad, la capacidad resolutoria de los establecimientos de salud, y el sistema de referencia y contrarreferencia, y sobre todo lograr en lo que sea posible que otros sectores del Estado actúen a nivel de los determinantes sociales de la mortalidad materna, particularmente del trabajo con el Sector Educación.

Grafico N° 02.- Número y Razón de Mortalidad Materna, Región Cusco, 1998-2007



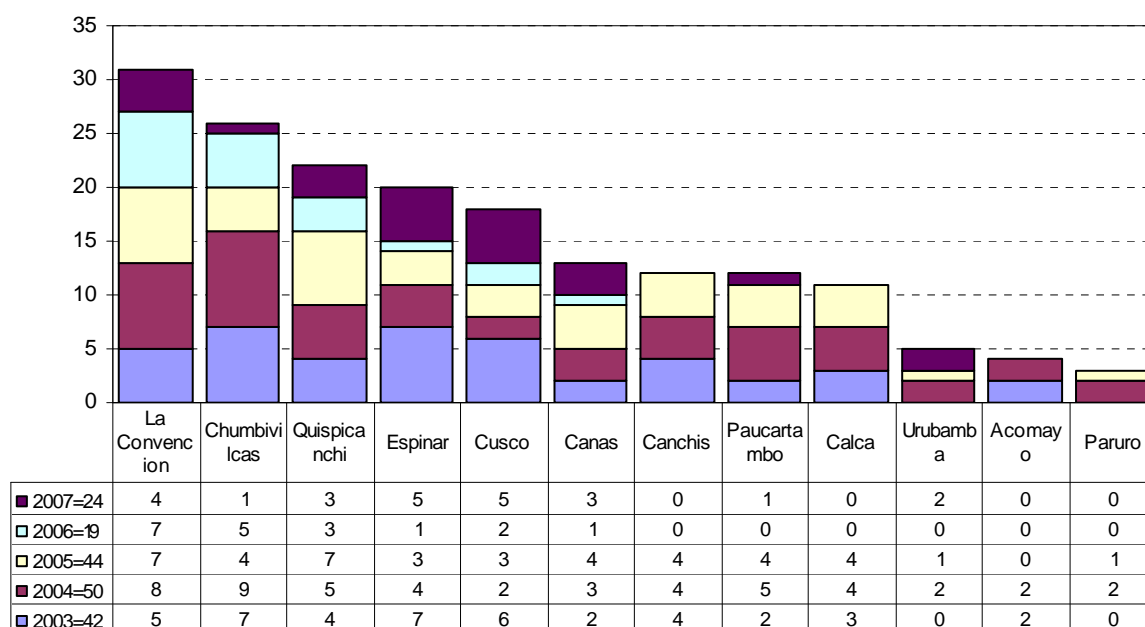
Fuente.- VEA-Dirección de Epidemiología, DIRESA Cusco



La tendencia de casos de muerte materna desde 1998 a la fecha, muestra que hasta el 2001 hubo una tendencia a la disminución de casos, sin embargo desde el 2002 al 2005 la tendencia se muestra estacionaria; sin embargo esta tendencia tiene una inflexión importante hacia el 2007, lo que en gran medida se debe al trabajo permanente y ostentado del personal de salud, especialmente de las zonas más periféricas y rurales que privilegió la vigilancia de riesgos maternos desde la comunidad, la adecuación cultural en la atención por parte de los servicios de salud particularmente la adecuación cultural en la atención de la gestación como proceso, mejoramiento de la accesibilidad a los servicios de atención de salud, entre otros, lo que nos hace ver que el trabajo a continuarse debe ser continuar implementando intervenciones sanitarias de base comunal y de carácter multisectorial.

Así tenemos que a través del Sistema de Vigilancia Epidemiológica en la DIRESA Cusco, el año 2007 se han reportado 24 casos de muerte materna, que hace una RMM de 105 x 100,000 n.v., cifra todavía muy por encima de los criterios que establecen como de alto riesgo de RMM que es de 50 a 149 muertes maternas por 100,000 n.v., pero que es mejor que las cifras de RMM presentadas en la Región Cusco hasta antes del 2006.

Grafico N° 03.- Frecuencia acumulada de Muertes Maternas, según Provincias, Región Cusco, 2003-2007

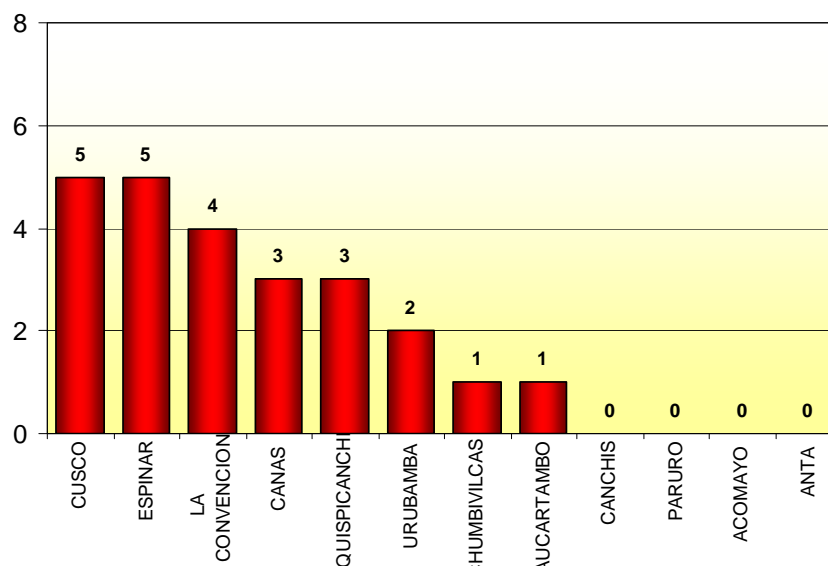


Fuente.- VEA-Dirección de Epidemiología. DIRESA Cusco

En el acumulado de muertes maternas por provincias durante estos 5 últimos años (2003-2007), las cinco primeras provincias que acumulan mayor número de muertes maternas, es decir la Provincias más afectadas con muertes maternas, son: La Convención que presenta un mayor número de fallecimientos (31 muertes maternas), Chumbivilcas (26 muertes maternas), Quispicanchi (22 muertes maternas), Espinar (20), Cusco (18), Canas (13), Canchis (12) y Paucartambo (11), entre las más afectadas en el periodo 2003-2007. Estos resultados de provincias más afectadas por la mortalidad materna, deben permitir evaluar conjuntamente que los criterios de provincias de mayor riesgo para muerte materna, si las acciones que venimos desarrollando realmente se están focalizando apropiadamente, y en función establecer procesos de mejoramiento continuo de la calidad de atención de la mujer y de la gestantes en los establecimientos de salud.



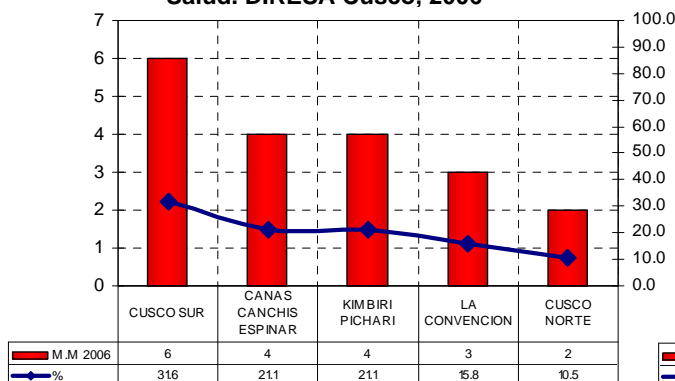
Grafico N° 04.- Número de Muertes Maternas según Provincias, Región Cusco, 2007



Fuente.- VEA-Dirección de Epidemiología. DIRESA Cusco

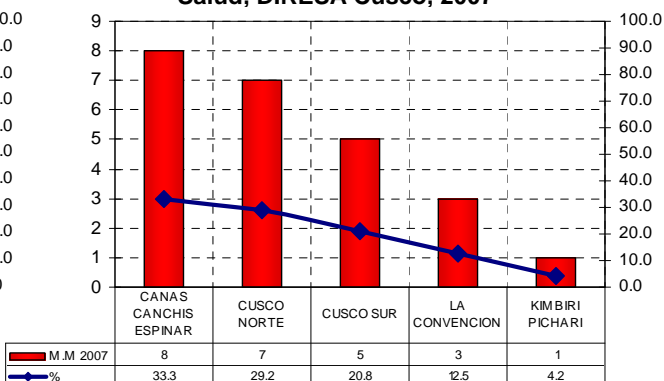
Si nos referimos a las muertes maternas ocurridas durante el año 2007, apreciamos que las provincias más afectadas fueron: Espinar (5 muertes maternas), Cusco (5 muertes maternas), La Convención (4 muertes maternas), Canas (3), Quispicanchi (3), y Urubamba (2), entre otros; mostrándose que de cierto modo guarda relación con las tendencias presentadas en los últimos 5 años.

Gráfico N° 05.- Muertes Maternas según Redes de Salud. DIRESA Cusco, 2006



Fuente.- VEA-Dirección de Epidemiología. DIRESA Cusco

Gráfico N° 06.- Muertes Maternas según Redes de Salud, DIRESA Cusco, 2007

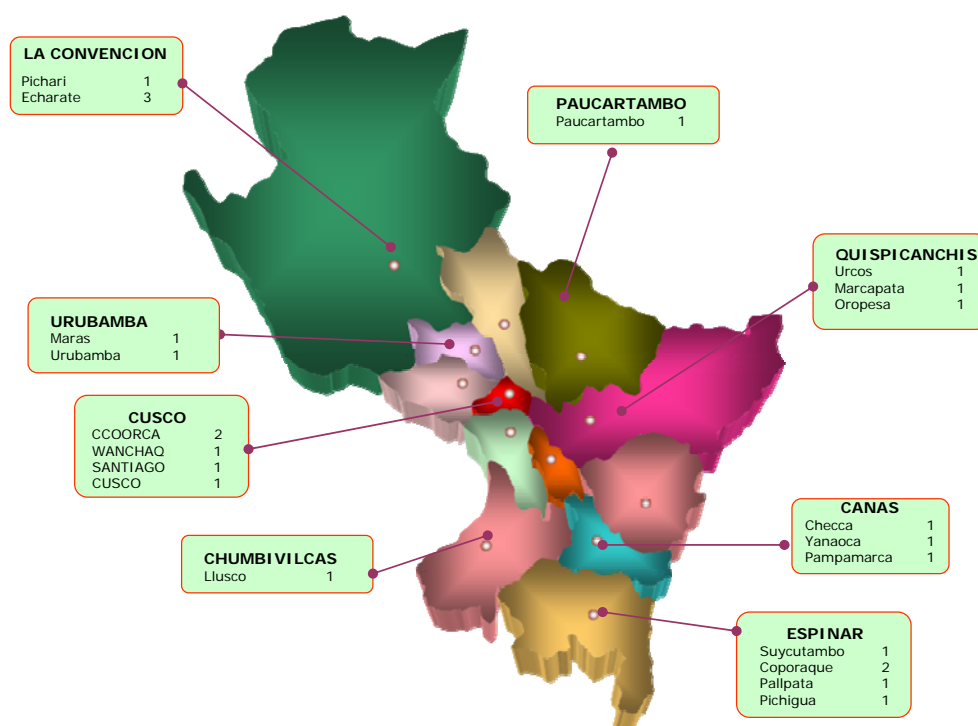


Fuente.- VEA-Dirección de Epidemiología. DIRESA Cusco

Se aprecia que las Redes de Servicios de Salud con mayor número de muertes maternas en los dos últimos años son las Redes Cusco Sur y Canas-Canchis-Espinar; sin embargo es preocupante que para el 2007 la Red Cusco Norte haya presentado el 29.2% de la muertes maternas a nivel regional, dado que es una tendencia inusual en los últimos años, lo que requiere y exige que se implementen acciones de carácter integral que respete y privilegie el trabajo sostenible e institucional basado en el mejoramiento de las competencias del personal de salud, el mejoramiento de la capacidad resolutoria de los establecimientos de salud y del sistema de referencia y contrareferencia; siendo necesario que esto se de dentro de un plan que garantice un sistema de garantía de la calidad en los servicios de salud y de respeto a las personas.



Mapa N° 02.- Mapa de Muertes Maternas según Provincias y Distritos, Región Cusco, 2007



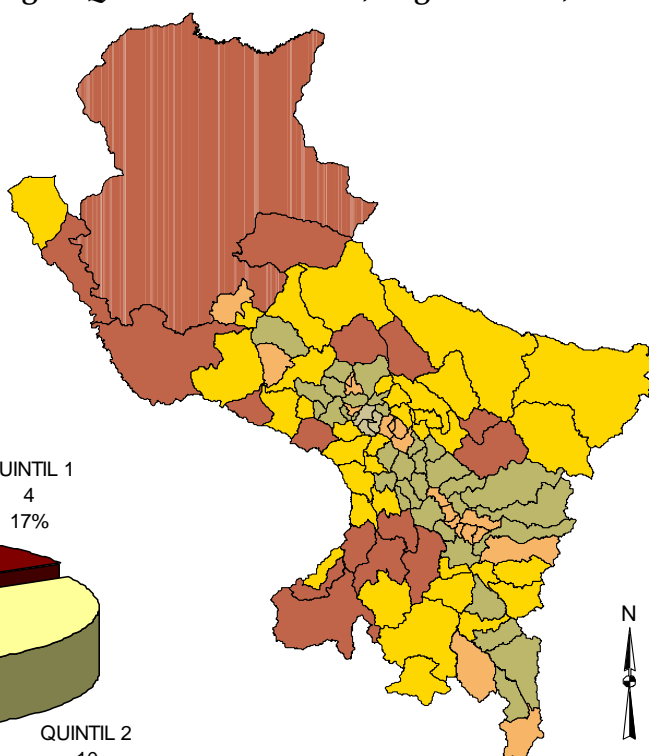
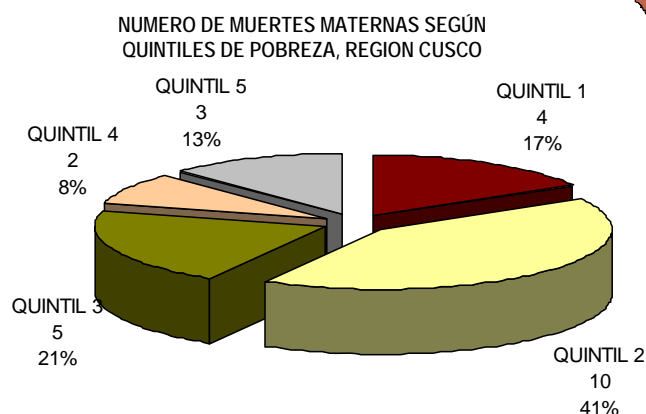
Fuente.- VEA-Dirección de Epidemiología. DIRESA Cusco

En el mapa se aprecia que casi todas las provincias tienen casos de muertes maternas, con excepción de las provincias de Acomayo, Anta, Calca, Canchis, y Paruro donde no se reporta casos de muerte materna en el ultimo año; que se explicaría en parte por la poca predictibilidad del daño ó quién sabe esta asociado a un subregistro ó tal vez se debe a un trabajo sostenido, lo que requiere ser evaluado.

Mapa N° 03.- Mapa de Muertes Maternas según Quintiles de Pobreza, Región Cusco, 2007

DISTRITOS SEGÚN QUINTILES DE POBREZA, REGION CUSCO

QUINTILES	N° DISTRITOS	%
QUINTIL 1	16	15
QUINTIL 2	36	33
QUINTIL 3	33	31
QUINTIL 4	19	18
QUINTIL 5	4	4
TOTAL	108	100



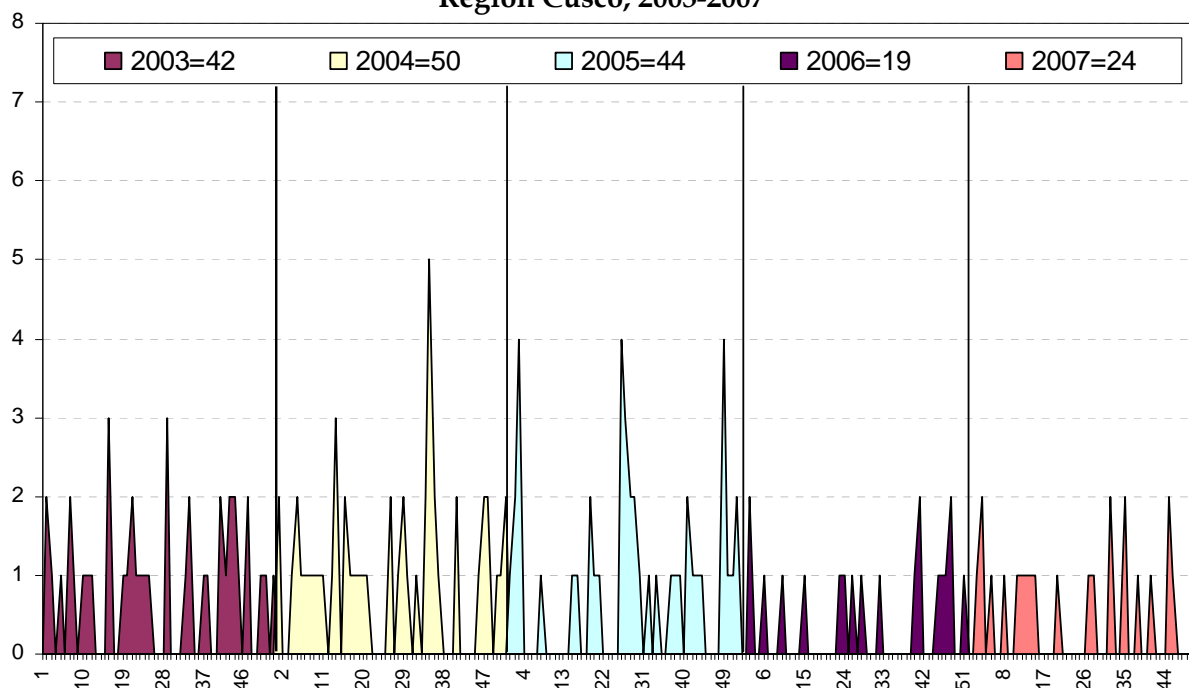
Fuente.- VEA-Dirección de Epidemiología. DIRESA Cusco



El mapa de muertes maternas según Distritos por Quintiles de Pobreza 2007, muestra claramente y confirma que la Muerte Materna es un problema asociado a condiciones de desarrollo socioeconómico y condiciones de vida.

Así tenemos que los Quintiles de mayor pobreza Q1 y Q2 acumulan el 58% de las muertes maternas ocurridas en el último año; en tanto que los Quintiles de menor pobreza Q4 y Q5 acumulan el 21% de las muertes maternas.

Grafico N° 07.- Tendencia de Muertes Maternas según Semanas Epidemiológicas, Región Cusco, 2003-2007



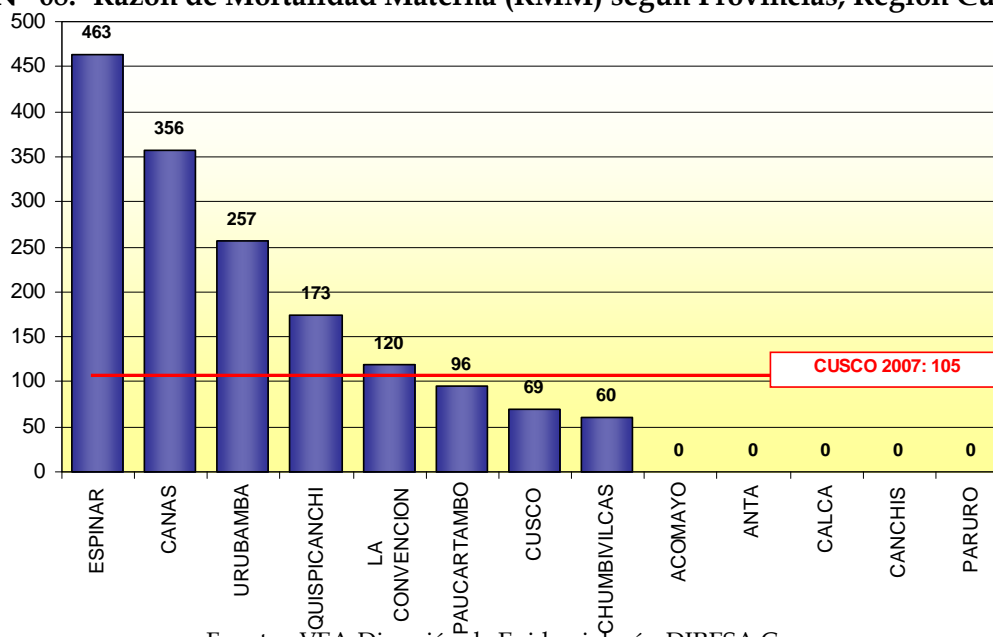
Fuente.- VEA-Dirección de Epidemiología. DIRESA Cusco

El gráfico muestra en los años 2004 y 2005 una tendencia aparentemente estacional, que correspondería a que un buen porcentaje de los fallecimientos estén ocurriendo en las últimas semanas del año y en las primeras semanas del año.

Sin embargo la tendencia semanal de los dos últimos años no muestra ningún tipo de tendencia temporal en particular; y pensamos esta asociada a que la muerte materna es un evento de poca predictibilidad; por lo que será más importante realizar acciones relacionadas a mejorar las coberturas del parto atendido por personal de salud en los establecimientos de salud, implementación de un modelo de atención integral de la mujer gestante, mejoramiento de la capacidad resolutoria de los establecimientos de salud en relación a que cumplan los criterios de FONB (Función Obstétrica Neonatal Básica), Función Obstétrica Neonatal Primaria (FONP) y Función Obstétrica neonatal Especializada (FONE) según el nivel que corresponda, mejoramiento del sistema de referencia y contrarreferencia, mejoramiento de la disponibilidad y puntos de entrega de servicios de laboratorio de hemoterapia especialmente en zonas de alto riesgo, mejoramiento del trabajo conjunto con la comunidad que implique la vigilancia de riesgos maternos a partir de la identificación de signos de alarma, entre otros.



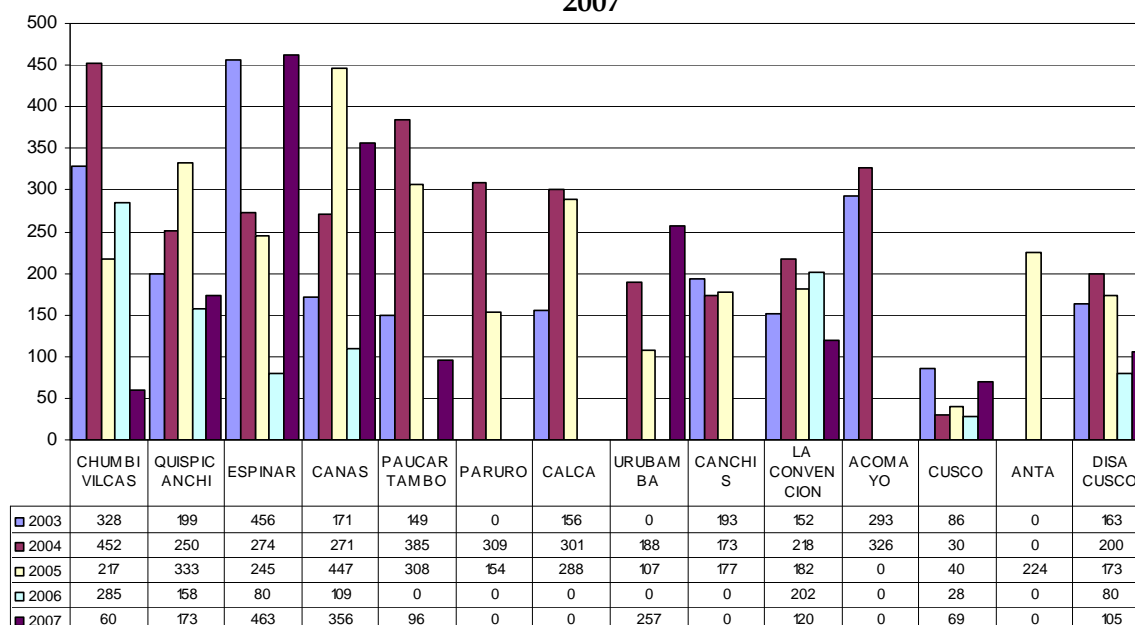
Grafico N° 08.- Razón de Mortalidad Materna (RMM) según Provincias, Región Cusco, 2007



Fuente.- VEA-Dirección de Epidemiología. DIRESA Cusco

El año 2007 para la Región Cusco, la RMM es de 105 x 100,000 n.v.; así como que en el se puede apreciar la RMM alcanzada en cada una de las provincias de la Región Cusco, donde se aprecia que las provincias de mayor riesgo para mortalidad materna fueron: Espinar (RMM de 463 x 100,000 n.v.), Canas (RMM 356 x 100,000 n.v.), Urubamaba (RMM 257), Quispicanchi (173), y La Convención (RMM 120 x 100,000 n.v); las que se encuentran con Razón de Mortalidad materna por encima del promedio regional, lo que exige se desarrolle un énfasis en el trabajo para disminuir las brechas e inequidades respecto a la mortalidad materna.

Grafico N° 09.- Razón de Mortalidad Materna (RMM) según Provincias, Región Cusco, 2003-2007



Fuente.- VEA-Dirección de Epidemiología. DIRESA Cusco

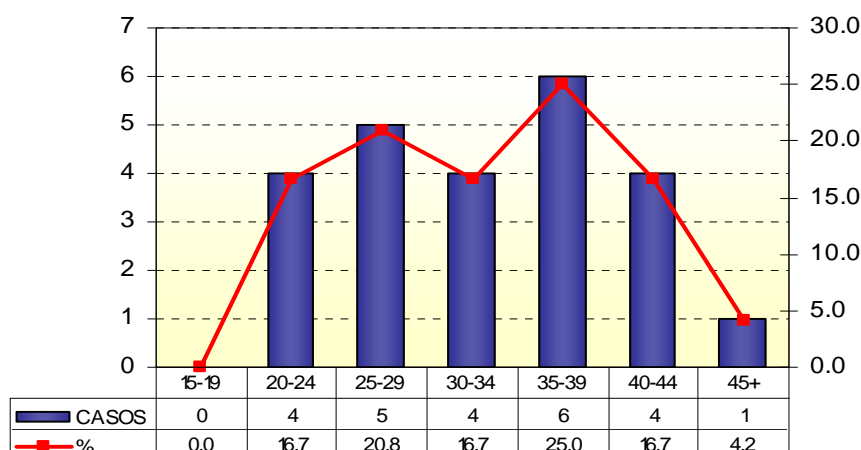
En el gráfico se aprecia la tendencia de la mortalidad materna a nivel de las provincias en la región Cusco, así se aprecia un tendencia favorable a la disminucón importante del riesgo de mortalidad materna importante en las Provincias de Chumbivilcas, Quispicanchi, Paucartambo, Paruro, Calca, Canchis, Anta, y la Convención; aunque en este último caso habría que estar seguros sobre el nivel



de subregistro que podría estar relacionado a los problemas de inaccesibilidad geográfica y cultural que existe en ese ámbito geográfico; sin embargo consideramos que estos avances importantes mostrados corresponden a que en este periodo ha habido una serie de esfuerzos de carácter integral de diversa índole y de diverso nivel de implementación para enfrentar el problema que incluye el soporte logístico institucional, además de la inversión a través de diversas fuentes de financiamiento, que incluye la inversión desarrollada por el Gobierno Regional del Cusco.

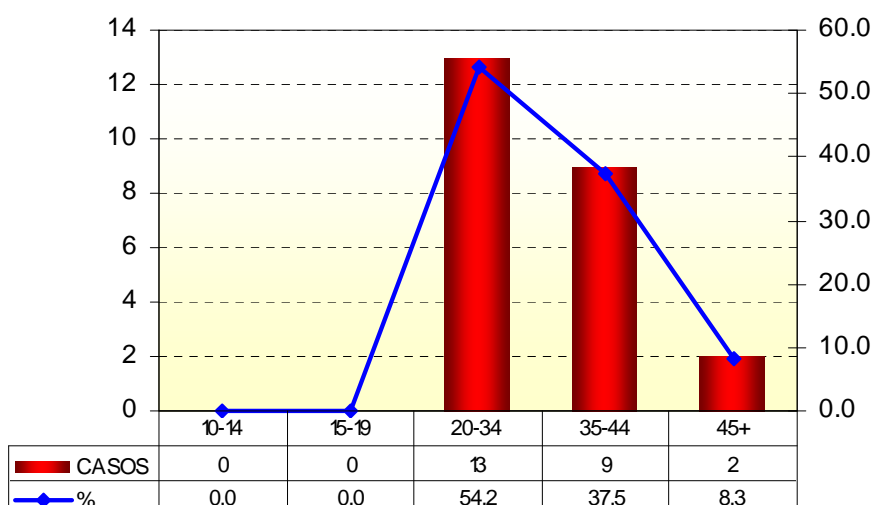
Al apreciar la tendencia de la RMM (2003-2007) en las diferentes provincias, podemos mencionar que pareciera que existe cierto patrón o tendencia que permite avizorar en el momento que existen cambios leves de importancia que nos hacen pensar que estas tendencias podrían tener sostenibilidad en el futuro; sin embargo dado que la tendencia mostrada en algunas provincias de mayor riesgo existen patrones inusuales en el comportamiento de las tendencias, con saltos y bajas de importancia, que evidencian que la mortalidad materna al ser un daño de poca predictibilidad requiere esfuerzos institucionales integrales, integrados y multisectoriales, además de una adecuada sostenibilidad en el tiempo de los logros que puedan alcanzarse, que incluye la continuidad en el trabajo de campo y que sea de base local, a partir de un trabajo conjunto con la comunidad en la planificación para el cuidado de la salud de manera amplia que incluya lo social.

Gráfico N° 10.- Muertes Maternas según edad quinquenal, Región Cusco, 2007



Fuente.- VEA-Dirección de Epidemiología. DIRESA Cusco

Gráfico N° 11.- Muertes Maternas según edad especial, Región Cusco, 2007

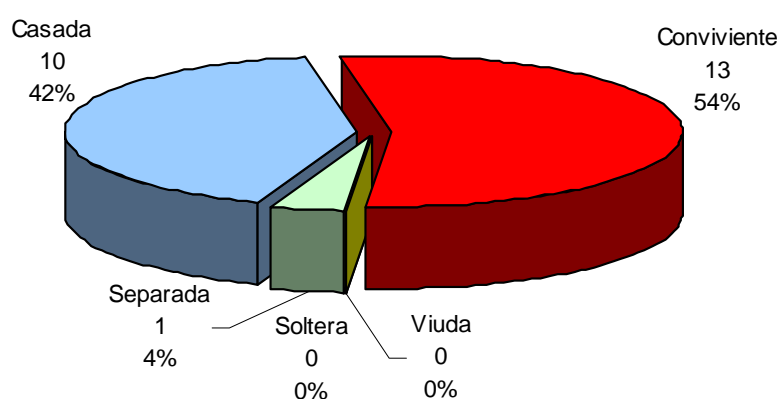


Fuente.- VEA-Dirección de Epidemiología. DIRESA Cusco



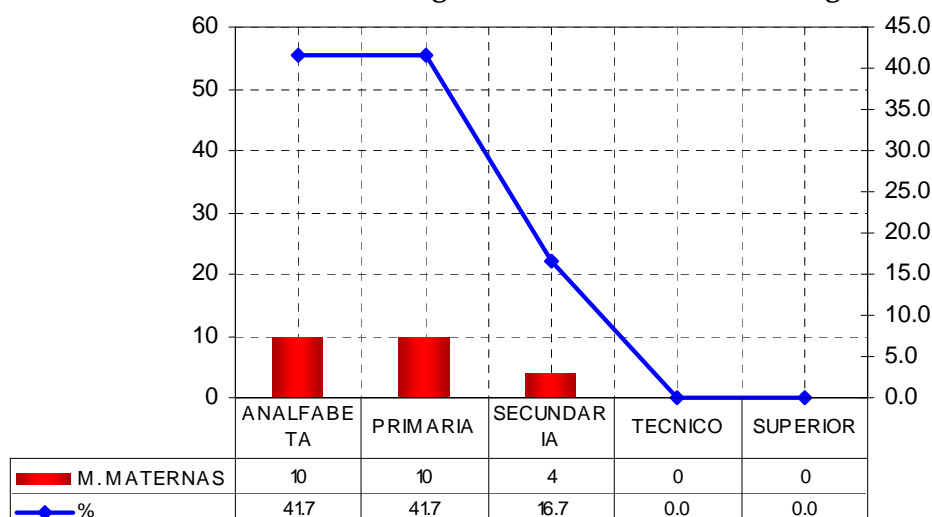
La Mortalidad Materna según la edad en que ocurre el fallecimiento, tiene un comportamiento que requiere ser evaluado, dado que de manera poco usual se aprecia que en los extremos de la vida reproductiva que es donde deberían darse los fallecimientos, estos no estarían ocurriendo, más bien se aprecia que un buen porcentaje de estas muertes maternas estarían ocurriendo en edades reproductivas activas donde se esperarían menos fallecimientos; por lo que entre muchas de las explicaciones posibles tenemos por una parte de que al existir un subregistro que con evidencias se conoce existe, estas muertes maternas no registradas podrían estar ocurriendo de manera peculiar en mujeres en los extremos de la vida reproductiva; otra posible explicación sería más bien “positiva” en el sentido más bien, de que si bien es cierto estas muertes maternas están ocurriendo en grupos de edad inusuales, lo que podría implicar que las causas de muerte materna en estas son de cierto modo más evitables (podrían estar relacionadas a insuficiencias en el proceso de atención integral de la gestante y la adecuación cultural en la atención del parto), por lo tanto el reto de enfrentar el problema podría allanarse en términos de que en gran medida es más importante un fortalecimiento de las acciones y la capacidad institucional para enfrentar el problema.

Grafico N° 12.- Muertes Materna según Estado Civil, Región Cusco, 2007



Fuente.- VEA-Dirección de Epidemiología. DIRESA Cusco

Grafico N° 13.- Muertes Maternas según Grado de Instrucción, Región Cusco, 2007



Fuente.- VEA-Dirección de Epidemiología. DIRESA Cusco

En relación al estado civil que tenían la gestantes que llegaron a fallecer en la Región Cusco durante el año 2007, debemos mencionar que el mayor porcentaje de fallecimientos ocurren en gestantes cuya condición de estado civil era de convivientes (54% del total de muertes maternas); separada era del 4% vs. las que tenían estado civil de casada (42%); lo que se podría interpretar de que existen más fallecimientos en mujeres que no tienen situación regular de su estado civil en contraposición a las casadas.



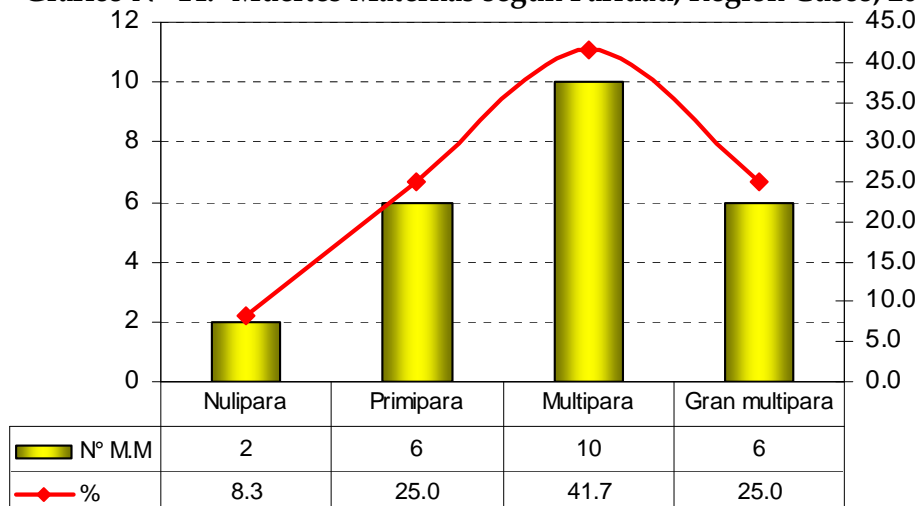
Sin embargo este dato pensamos que tiene limitaciones para su interpretación autentica dado que en las areas de mayor pobreza la condición del estado civil es indistinto de cierto modo en el pensamiento de la población, lo que requeriria de una interpretación socioantropologica del tema en discusión, para una mejor interpretación de los datos.

En relación al grado de instrucción que tenían las madres que llegaron a fallecer, el gráfico muestra que es un riesgo bien reconocido el no tener instrucción; así tenemos que un 41.7% de las madres que llegaron a fallecer no tenían instrucción –es decir eran analfabetas-, un 41.7% tenían solo instrucción primaria (completa e incompleta); es decir del total de madres fallecidas, un 83.4% de la madres eran analfabetas o solo tenían instrucción primaria.

Otro hecho reconocido es que si queremos impactos apropiados en salud materna infantil, ya no solo se requiere que la madre sepa leer y escribir, sino que una mayor garantía de éxito esta en que las madres deben tener necesariamente educación secundaria completa –que sería un espacio de mayor accesibilidad a información y permitiría que sean pasibles de intervenciones sanitarias con enfoque preventivo orientado a tener hábitos y estilos de vida saludables en relación a su salud reproductiva-; por lo que apreciando el gráfico tenemos que un 83.4% de las madres que llegaron a fallecer tenían entre no tener instrucción y tener instrucción primaria.

Esta situación plantea la necesidad de que a partir de una decisión política de carácter regional multisectorial, para que se pudiese implementar un proyecto de vigilancia social para hacer que las adolescentes y las mujeres en edad fértil temprana -sobre todo del area rural- puedan terminar con su instrucción escolar a nivel secundario, que necesariamente requiere el compromiso de base local. Pensamos que el Gobierno Regional del Cusco, a través de instancias como el Consejo Regional de Salud, los Consejos Provinciales de Salud, la Dirección Regional de Educación y la sociedad civil organizada (representada por usus organizaciones de base como comunidad, concejos mmenbore, entre otros) son los espacios propicios para iniciar acciones tendientes a mejorar esta situación de la escolaridad en las mujeres. En todo caso recordar que este un trabajo que tendrá frutos en el mediano y largo plazo que requiere ser iniciado ya, y que el implementarlo será tan o más importante que lo que hacemos

Gráfico N° 14.- Muertes Maternas según Paridad, Región Cusco, 2007

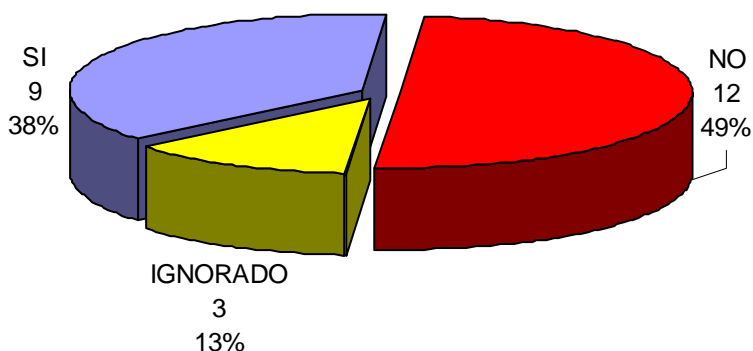


Fuente.- VEA-Dirección de Epidemiología. DIRESA Cusco

El gráfico muestra que un buen porcentaje de casos de muerte materna están ocurriendo en madres gran multiparas y multiparas, lo que indirectamente muestra el riesgo de esta variable que podría estar asociado a problemas de periodo intergenesico, grado de instrucción, accesibilidad a los servicios de salud entre otros.



Gráfico N° 15.- Casos de Muerte Materna según embarazo deseado, Región Cusco, 2007



Según información recopilada en las fichas de investigación de muerte materna, en relación a si el embarazo fue deseado o no –la que por cierto tiene una carga subjetiva a considerar-, el gráfico muestra que un 49% de los casos de muerte materna refirieron tener un embarazo no deseado, lo que indirectamente podría estar mostrando problemas de accesibilidad a los servicios de salud, grado de instrucción de la mujeres en edad fértil, problemas de información y educación sanitaria sobre aspectos relacionados a la paternidad responsable y planificación familiar en un contexto de dificultades existentes en la realidad de los establecimientos de salud sobre libre elegibilidad de los usuarios a partir de la mayor información posible, entre otros.

El Control Pre-Natal (CPN) es una acción sanitaria importante, la misma que ha sido utilizado para medir la calidad de la consulta obstétrica; y que ha estado ligada a la intervención cuando se definía el riesgo obstétrico de la gestante en alto y bajo, considerándose una determinada cantidad de controles prenatales por cada tipo de riesgo.

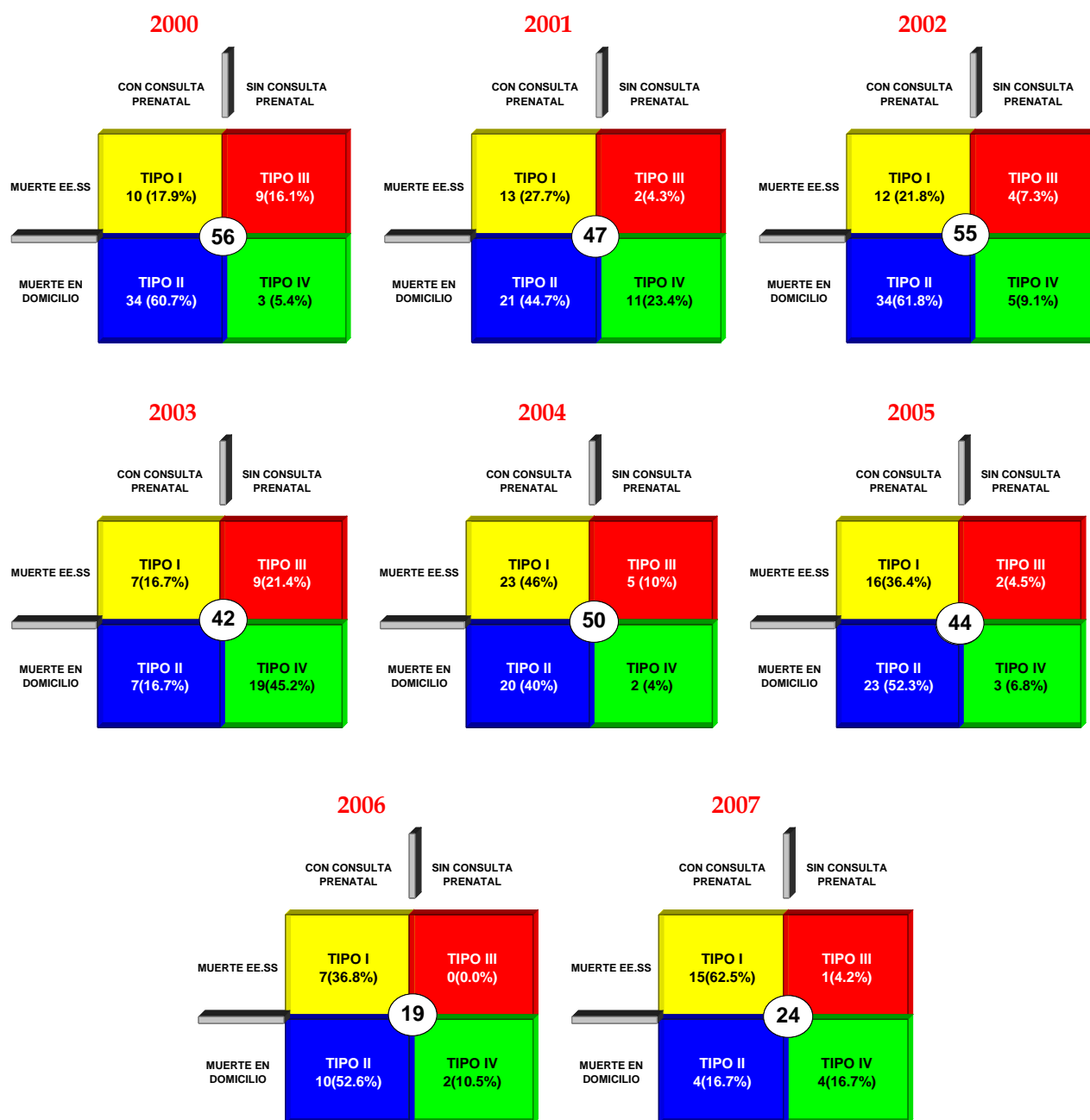
Actualmente existe otro enfoque, basado en que todas las gestantes son de alto riesgo obstétrico, pero aún así, continua ligada a esta variable e independientemente de esta discusión supuestamente superada, debemos avanzar a revalorar la atención prenatal, como una estrategia orientada a mejorar la calidad de los servicios de salud (lo que incluye a sus proveedores), que permita identificar los riesgos asociados a la gestación a partir de la consulta realizada, realizar educación sanitaria que incluye la concientización para que la madre realice todos sus controles prenatales de acuerdo a la indicación que se le realice y para generar confianza en la gestante para que acuda al Establecimiento de Salud para atender su parto de carácter institucional y por personal de salud; así mismo considerar la necesidad de realizar intervenciones eficaces desde el punto de vista clínico y no minimizarlo, por los propios ofertantes de los servicios, para que sea expresión de una adecuada calidad de atención. Esta estrategia útil para el seguimiento clínico e individualizado de la gestante, debe ser reforzada con un enfoque colectivo de la estrategia, que sea tan sensible, que permita medir los procesos y resultados del servicio de salud, en términos de su calidad como oferta, unido indisolublemente a la atención integral, para planear intervenciones intra y extramurales de base comunal.

Es necesario destacar, que la atención prenatal es una variable que registra indicadores de cobertura cada vez relativamente mayores a través de los últimos años, sin embargo en algunos ámbitos o corredores socioeconómicos-geográficos esta cobertura todavía es insuficiente y no tiene sostenibilidad, lo que nos estaría indicando que son resultados temporales que pueden variar fácilmente; otro aspecto importante es que la cobertura del control prenatal permite apreciar la accesibilidad a los servicios de salud o en buena cuenta el contacto de la paciente con el establecimiento de salud.

La información desde el año 2000 a la fecha muestra algunas inconsistencias que es necesario evaluar dado que existen cambios que estadísticamente podrían considerarse como inusuales para mostrar tendencias de Muerte Materna en relación a si estas tuvieron Control Prenatal de algún tipo y donde ocurrió el fallecimiento.



Gráfico N° 16.- Muertes Maternas según Tipo de Muerte en relación a Consulta Prenatal y Lugar de fallecimiento, Región Cusco, 2000-2007

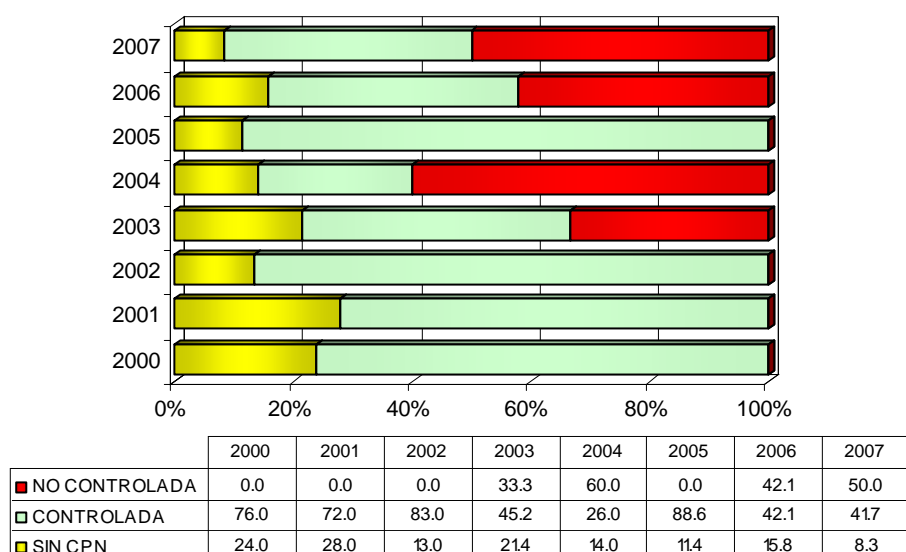


Fuente.- VEA-Dirección de Epidemiología. DIRESA Cusco

Al analizar la información sobre las muertes maternas y su relación a que si tuvieron accesibilidad a los servicios de salud y donde ocurrió el fallecimiento; apreciamos como un aspecto negativo el hecho de que año a año las muertes maternas estan ocurriendo de manera importante en gestantes que tuvieron Consulta Prenatal y que el Lugar de Fallecimiento fue en el Establecimiento de Salud, así para el 2007 un 62.5% de las muertes maternas ocurrieron en las que tenían esa condición; sin embargo a lo largo de los años esta cifra es variable y no tiene una tendencia especifica, lo que de cierto modo nos ratifica que las muertes maternas tienen poca predictibilidad por una parte y por otra de que podrían existir también inconsistencias del sistema de información. Es necesario precisar que este aspecto negativo de que las muertes esten ocurriendo en los establecimientos de salud, lo podriamos considerar como una mejor oportunidad de intervención para superar de manera importante el problema.



Gráfico N° 17.- Muertes Maternas según Condición de Control Pre-Natal, Región Cusco, 2007

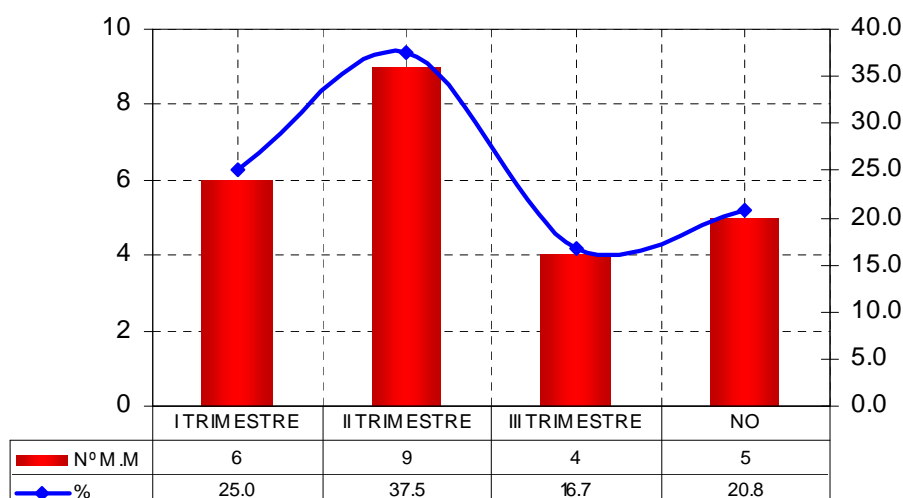


Fuente.- VEA-Dirección de Epidemiología. DIRESA Cusco

Para el 2007, el 91.7% de las muertes maternas tuvieron algún contacto con el servicio de salud, es decir por lo menos tuvieron una consulta prenatal. Si evaluamos cuantas de estas muertes maternas tuvieron la categoría de gestante controlada, se aprecia que un 41.7% de ellas estuvieron en esta categoría; en tanto que un 50% de las gestantes que llegaron a fallecer si bien es cierto tuvieron contacto con los servicios de salud, no llegaron a completar el número de controles, por lo tanto eran gestantes no controladas.

Si apreciamos la tendencia en los últimos años, esta muestra que en los últimos 2 años las muertes maternas no controladas o sin control prenatal han ido incrementándose, por lo que se hace necesario mejorar los mecanismos y estrategias de una mayor accesibilidad a los servicios de salud ya sea de accesibilidad económica (Seguro Integral de Salud), accesibilidad geográfica (que depende de otras instancias del Estado), accesibilidad cultural (adecuación cultural de la atención en los servicios de salud), accesibilidad debido a la organización de los servicios de salud relacionado a la calidad y calidez de atención en el establecimiento de salud).

Gráfico N° 18.- Muertes Maternas según Trimestre Gestacional que inicia la atención prenatal, Región Cusco, 2007

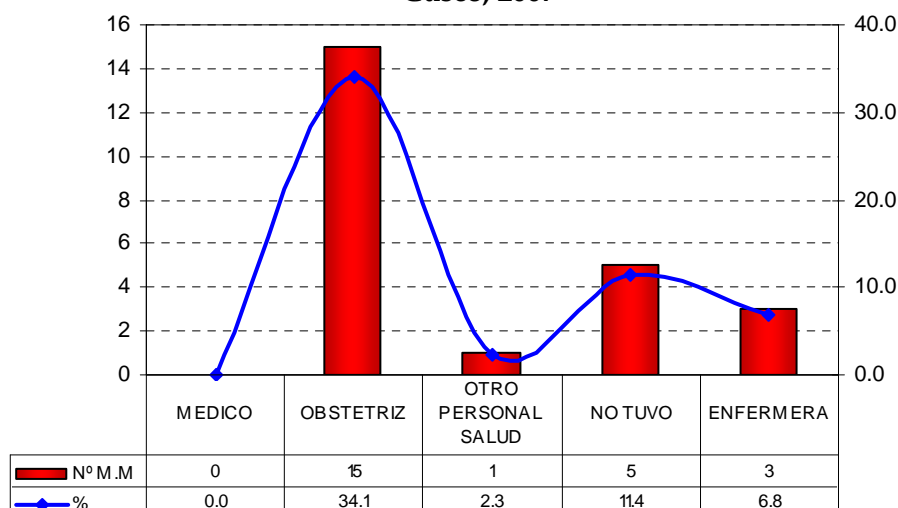


Fuente.- VEA-Dirección de Epidemiología. DIRESA Cusco



La información sobre las muertes maternas según el trimestre gestacional en que inician su control prenatal muestra que un 37.5% y 16.7% realizaron su primer control prenatal en el segundo y tercer trimestre de gestación; en tanto que solo un 25% inicio su primer control prenatal en el primer trimestre, que es lo apropiado; lo que estaría mostrando por una parte insuficiencias en el proceso de atención integral de la mujer en los servicios de salud, así como en otros casos los problemas estarían relacionados a problemas de accesibilidad de diversa índole.

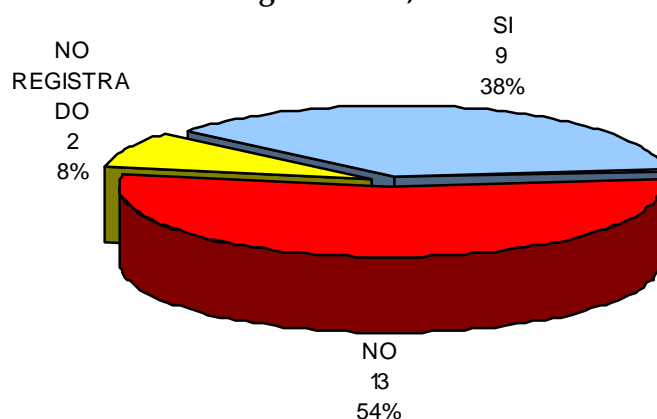
Gráfico N° 19.- Muertes Maternas según Tipo de Proveedor del último control prenatal, Región Cusco, 2007



Fuente.- VEA-Dirección de Epidemiología. DIRESA Cusco

Se aprecia que de las 19 muertes maternas que tuvieron contacto con los servicios de salud, el último control prenatal fue realizado por Obstetrix en 15 de las muertes maternas, en tanto que en 3 de las muertes maternas el último control prenatal fue realizado por enfermera, y 1 caso por otro tipo de personal de salud; situación esta que debe analizarse con mayor profundidad desde los diferentes procesos de la atención integral de la mujer gestante, que incluye desde la atención integral de la salud de la gestante, de la identificación de riesgos maternos hasta la vigilancia de riesgos maternos desde la comunidad, entre otros.

Gráfico N° 20.- Muertes Maternas según Visita Domiciliaria del Personal de Salud, Región Cusco, 2007

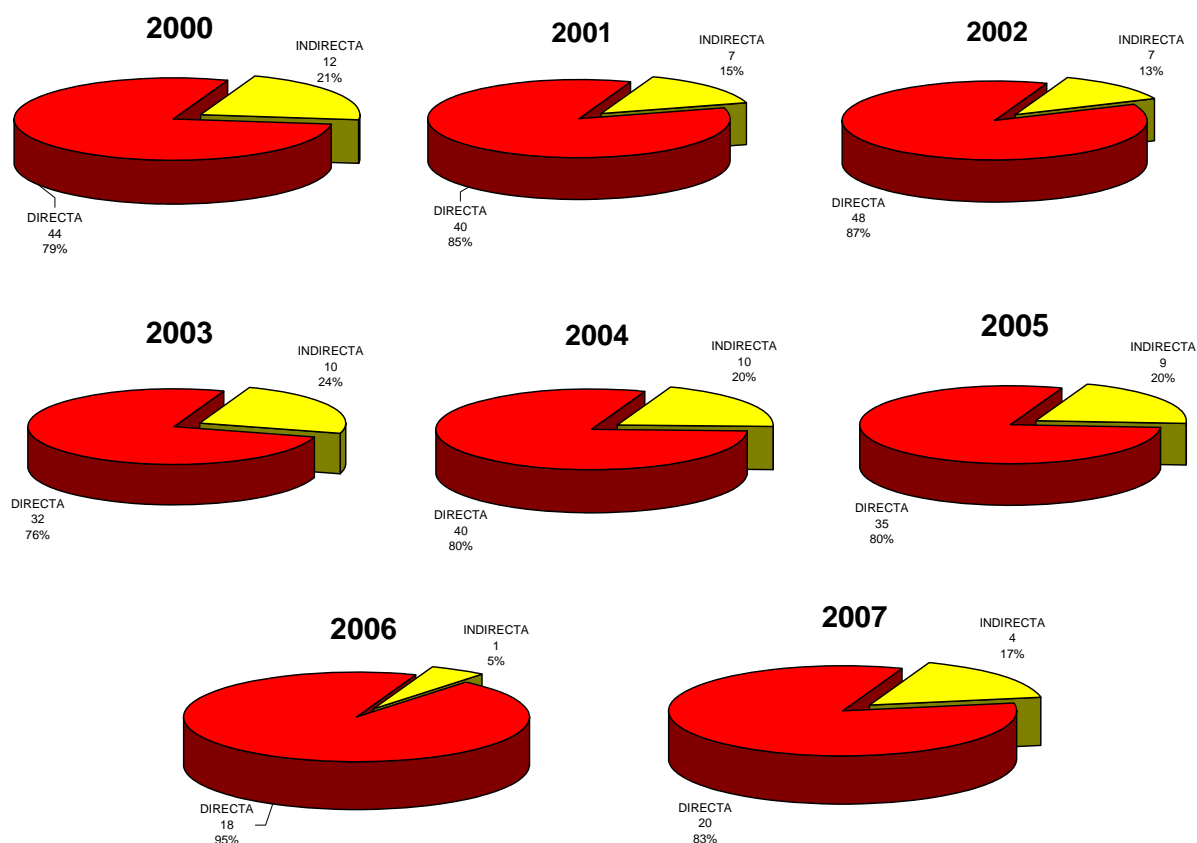


Fuente.- VEA-Dirección de Epidemiología. DIRESA Cusco

Del total de muertes maternas ocurridas en la Región Cusco, solo 9 de ellas (38%) tuvo visita domiciliaria por parte del personal de salud; situación esta que debe considerarse en el análisis, dado que podría estar mostrando insuficiencias en el nivel operativo a nivel del trabajo extramural, sobretodo en los servicios más periféricos, lo que requiere ser evaluado desde la gestión de los servicios de salud.



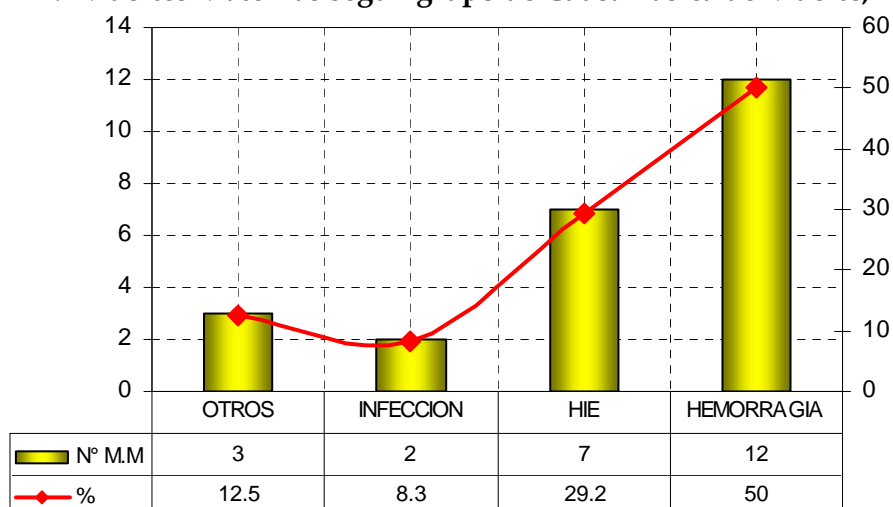
Gráfico N° 21.- Muertes Materna según Tipo de Muerte: Directa ó Indirecta, Región Cusco, 2000-2007



Fuente.- VEA-Dirección de Epidemiología. DIRESA Cusco

La tendencia de muertes maternas durante el periodo 2000-2007 según tipo, ya sea Directa ó Indirecta, muestra que en los últimos años, las muertes maternas son a predominio de las muertes maternas de causa directa, así el año 2007, el 83% de las muertes maternas fueron de causa Directa, es decir relacionados directamente al embarazo en sí.

Gráfico N° 22.- Muertes Maternas según grupo de Causa Básica de Muerte, Región Cusco-2007

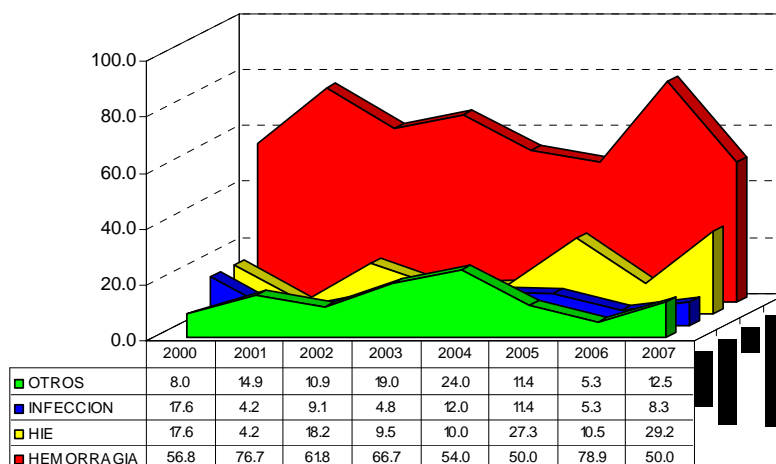


Fuente.- VEA-Dirección de Epidemiología. DIRESA Cusco



De acuerdo al grupo de causas de muerte materna, 12 de ellas (50%) correspondio a Hemorragias del embarazo, cifra muy superior a las causas de Hipertensión Inducida por el Embarazo (HIE), Infección, u otras causas. Dado que la principal causa de muerte materna directa lo constituyen las Hemorragias, es preciso evaluar sobre la capacidad resolutive que se tiene en la Región para enfrentar problemas de está indole, como el de contar con Centros de Hemoterapia de nivel local que permita proveer elementos sanguíneos para enfrentar los cuadros hemorrágicos, así como evaluar la capacidad resolutive a nivel de Redes o Microrredes de importancia sanitaria en la lucha contra la muerte materna, lo que debe complementarse con la necesidad de contar con una decuado sistema de referencia y contrareferencia.

Gráfico N° 23.- Muertes Maternas según grupo de Causa Básica de Muerte, Región Cusco 2000-2007



Fuente.- VEA-Dirección de Epidemiología. DIRESA Cusco

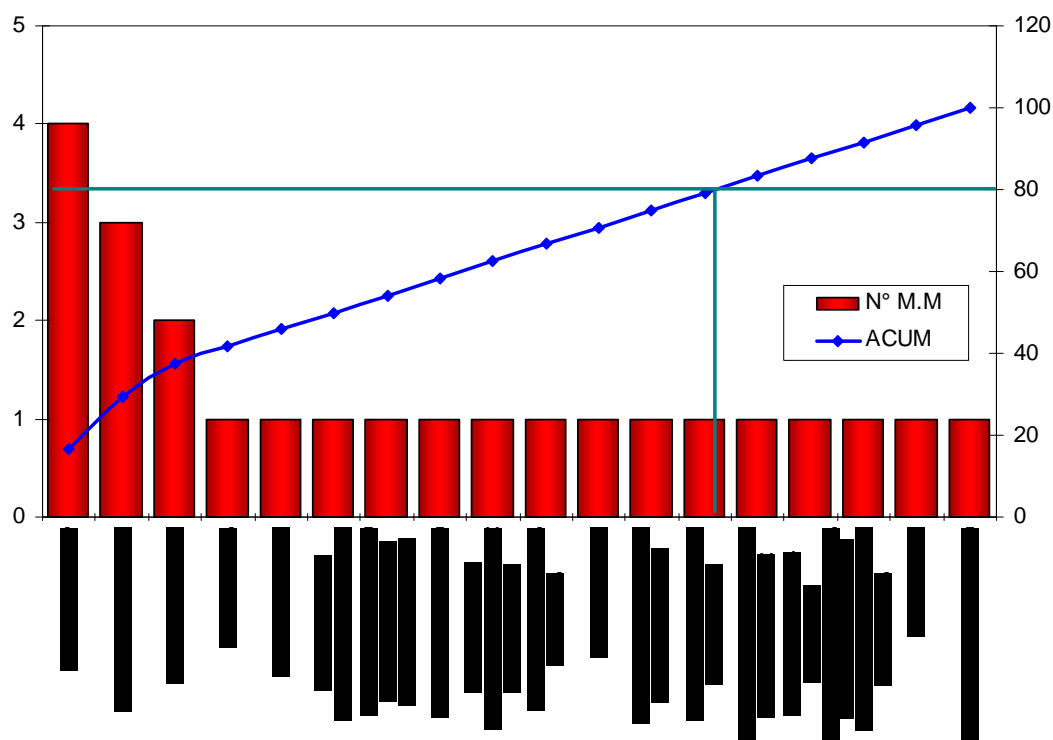
Tabla N° 01.- Muertes Maternas según Causas Básicas específicas de Muerte, Región Cusco, 2007

CAUSAS PRINCIPALES	N° M.M	%
ATONIA UTERINA	1	4
CALCULO VESICULAR	1	4
DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA	1	4
ECLAMPSIA, PARA CARDIO RESPIRATORIO, COMA, NEUMONIA ASPIRATIVA	1	4
HEMORRAGIA POST PARTO	1	4
HEMORRAGIA SUB ARACNOIDEA, SINDROME DE HELLP, ECLAPMSIA	1	4
INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA	1	4
PLACENTA PREVIA	1	4
PRE ECLAMPSIA SEVERA VS ECLAMPSIA POST ITAL	1	4
RETENCION PLACENTARIA - ATONIA UTERINA	1	4
RETENCION PLACENTARIA	3	13
RETENCION PLACENTARIA POR UTERO DE COUVELIERE	1	4
SHOCK CARDIOGENITO-PERICARDITIS CONSTRICTIVA/INSUFICIENCIA C	1	4
SHOCK HIPOVOLEMICO	2	8
SHOCK HIPOVOLEMICO PO SANGRADO ACTIVA, ANEMIA AGUDA SEVERA	1	4
SHOCK SEPTICO	1	4
SHOCK SEPTICO REFRACTARIO	1	4
SINDROME DE HELLP	4	17
TOTAL	24	100

Al apreciar la información sobre el grupo de Causa Básica de Muerte en los últimos 4 años, se aprecia que existe un predominio de las Hemorragias asociadas al embarazo, en general al menos 1 de cada 2 muertes maternas en los ultimos 5 años correspondió a Hemorragias del embarazo.



Gráfico N° 24.- Pareto de Causa Básica de Muerte Materna, Región Cusco, 2007



El 80% de las causas básicas de muerte materna directa esta asociada en orden de frecuencia a: Síndrome de Hellp, Retención placentaria, Shock hipovólemico, Atonia uterina, Desprendimiento Prematuro de Placenta, Placenta previa, y otros varios; predominando las causas de tipo hemorrágico.

LA MORTALIDAD MATERNA Y EL ANALISIS DE LAS 4 DEMORAS



Entre los factores asociados más importantes para la mortalidad materna, están la inaccesibilidad a los servicios de salud en su sentido más amplio que puede incluir lo geográfico, económico, social, cultural y debido a la organización del servicio de salud; este ultimo en función de la calidad y calidez de atención, y su capacidad de respuesta en términos de resolutivez e identificación de riesgos, asi como de la organización del sistema de referencia y contrareferencia.



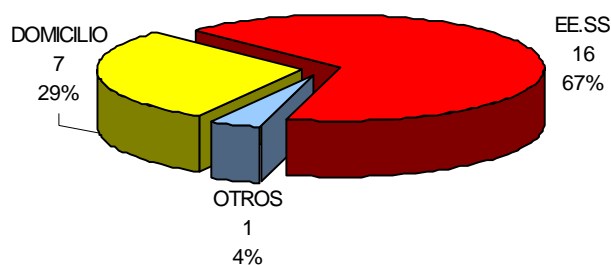
Esto dio lugar a la necesidad de realizar un análisis de lo que se ha venido en llamar, el análisis de las 4 demoras, como factores potenciales de riesgo que aumentan la probabilidad de la muerte materna; así tenemos:

- a. Demora en reconocer el problema.
- b. Demora en decidir sobre la búsqueda de la atención.
- c. Demora en llegar al servicio de salud.
- d. Demora en recibir un adecuado tratamiento en el servicio de salud.

Esta información es importante sea tomada en cuenta al momento de hacer la investigación epidemiológica y como parte de la información a ser colectada por el sistema de vigilancia epidemiológica de la muerte materna. Sin embargo no siempre es posible tener toda la información posible de manera directa, por lo que también será necesario hacer uso de datos que de manera indirecta pretendan explicar estas 4 demoras; teniendo en cuenta que esta información puede tener cierta carga subjetiva que es preciso controlar al momento de realizar la investigación epidemiológica de la muerte materna.

En la **Demora en reconocer el problema** se evalúa muchos aspectos, así: Si la gestante fue adecuadamente informada y educada en tener sus controles prenatales y tener su parto en los servicios de salud, evaluar si la madre estaba adecuadamente informada sobre el reconocimiento de los signos de alarma, ver aspectos relacionados al seguimiento y la vigilancia comunal de los riesgos maternos y los signos de alarma, entre otros. En la **Demora en decidir sobre la búsqueda de atención**, se evalúan aspectos de la organización comunal sobre la toma de decisiones en general, en este caso sobre la salud familiar, que nos haría ver sobre la necesidad de incluir al esposo o pareja y la familia en el proceso de atención de la gestante, así como la importancia que se da a la salud en el contexto comunal, entre otros. En la **Demora en llegar al servicio de salud**, se evalúan los problemas de accesibilidad a los servicios de salud, que incluye si se tuvo facilidades para esta accesibilidad, como funciona el sistema de referencia y contrareferencia, entre otros. En la **Demora en recibir un adecuado tratamiento en el servicio de salud**, se evalúa la atención recibida en los servicios de salud una vez que la madre gestante accede a estos servicios, que debe evaluarse a través del proceso de auditoría médica del proceso de atención, entre otros.

Gráfico N° 25.- Muertes Maternas según lugar de fallecimiento, Región Cusco, 2007

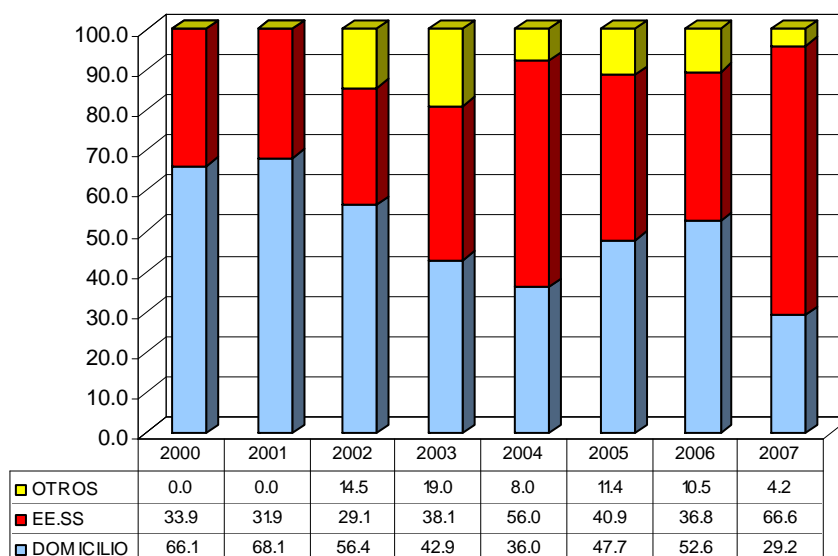


Fuente.- VEA-Dirección de Epidemiología. DIRESA Cusco

Del total de muertes maternas ocurridas el año 2007, un 29% ocurrió en domicilio propiamente dicho, en tanto que un 4% está considerado como otros (corresponde a muertes maternas ocurridas en el momento del traslado a un servicio de salud); en ambos casos lo consideramos como que ocurrieron en el DOMICILIO (33%). En tanto que las muertes maternas ocurridas en los servicios de salud fueron en 16 casos (67% de las muertes maternas), situación que debe ser evaluada con mayor profundidad a partir del proceso de auditoría médica, desde lo que significa el cumplimiento de las guías de práctica y protocolos de atención de la salud de la gestante, entre otros.



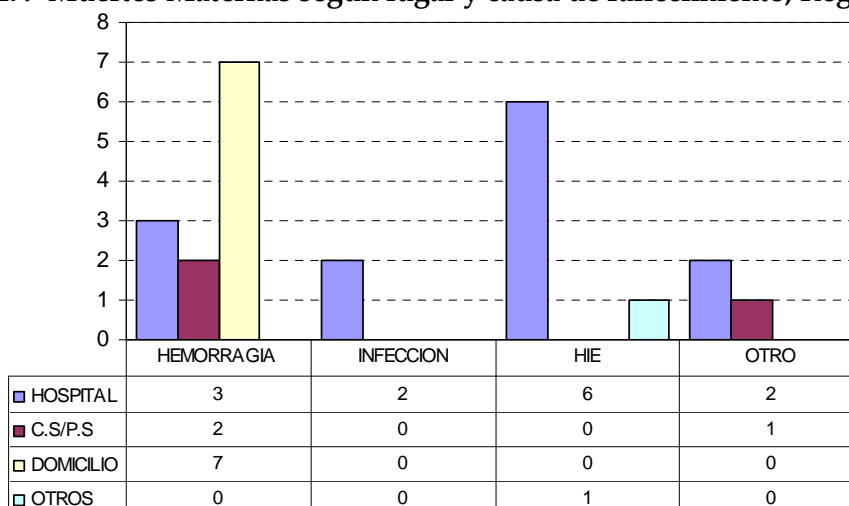
Gráfico N° 26.- Muertes Maternas según lugar de fallecimiento, Región Cusco, 2000-2007



Fuente.- VEA-Dirección de Epidemiología. DIRESA Cusco

La información sobre la tendencia de las muertes maternas según lugar de fallecimiento muestra que, en los últimos años de manera importante cada vez es menor el porcentaje de fallecimientos que están ocurriendo en el establecimiento de salud lo cual es preocupante; sin embargo podríamos considerarlo como una oportunidad de mejora importante dado que esta más cerca de nosotros; así como se hace necesario evaluar los procesos de la atención integral de la salud de la gestante; los procesos de promoción de salud y vida saludable de las gestantes (sobre la cuál sería pertinente tener un plan de intervención de promoción específico, toda vez que a la fecha la muerte materna está considerada como el problema priorizado más importante en el Región); evaluar la capacidad resolutoria de los servicios de salud, el sistema de referencia y contrareferencia, el trabajo de base comunal que implique la identificación de los signos de alarma y la vigilancia comunal de los riesgos maternos desde la atención médica, entre otros.

Gráfico N° 27.- Muertes Maternas según lugar y causa de fallecimiento, Región Cusco, 2007



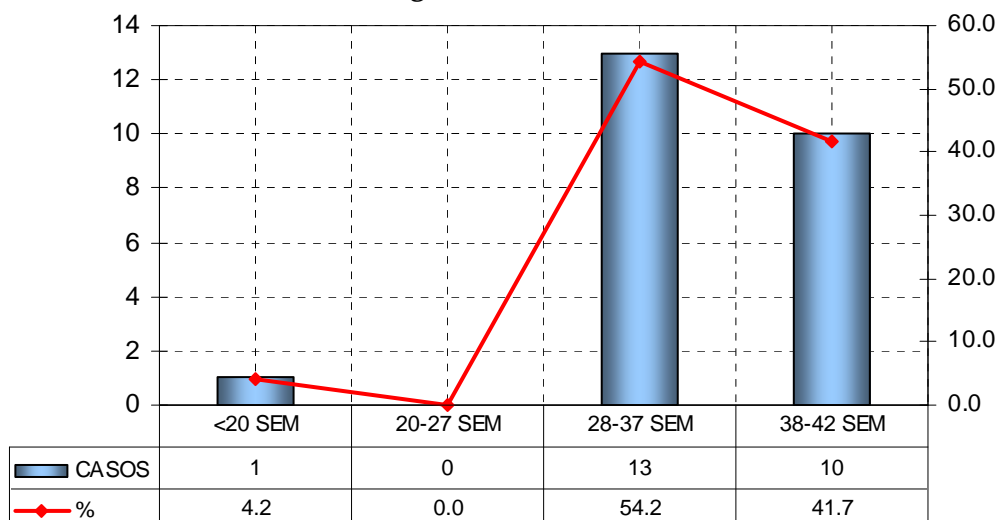
Fuente.- VEA-Dirección de Epidemiología. DIRESA Cusco

La información sobre lugar y causa de fallecimiento de las muertes maternas ocurridas el año 2007 muestra que 7 de las muertes maternas (29%) ocurrieron en domicilio y por causas de tipo hemorrágico; 1 muerte materna se dio en el momento de trasladar a la paciente al servicio de salud y por causa relacionada a la Hipertensión Inducida por el Embarazo (HIE); 05 de las muertes



maternas se dio en los servicios de salud y por causas de tipo hemorrágico; así como que 6 de las muertes maternas ocurrio en los servicios de salud y por causas relacionados a la HIE.

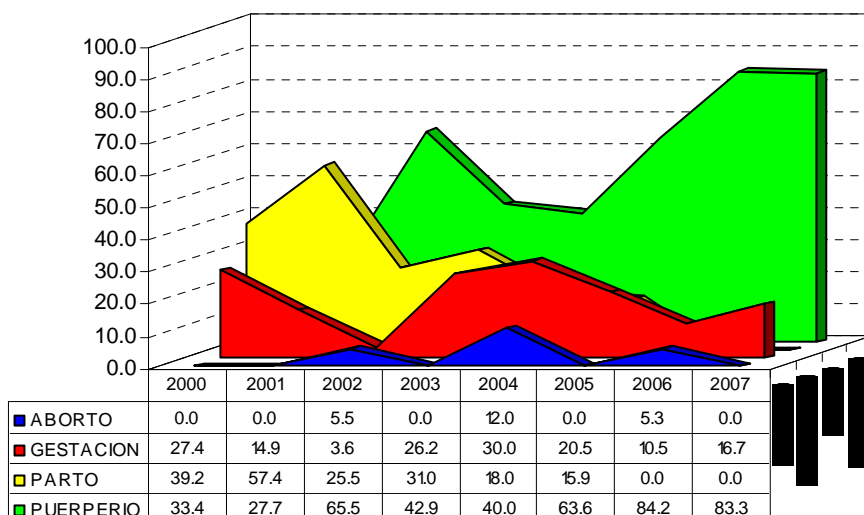
Gráfico N° 28.- Muertes Maternas según Edad Gestacional al momento de fallecer, Región Cusco, 2007



Fuente.- VEA-Dirección de Epidemiología. DIRESA Cusco

Las muertes maternas según edad gestacional al momento de fallecer en un 41.7% de los casos se dan entre las 38-42 semanas de gestación; un 54.2% se dan entra las 28-37 semanas de gestación; un 4.2% se dan antes de las 20 semanas de gestación. Esta información nos muestra que un 94.9% de los casos de muerte materna ocurrieron entre las 28 a las 42 semanas de gestación, cuando estaban evidentes los procesos de gestación y su potencial acercamiento a los servicios de salud, quer incluye la identificación de riesgos materna en términos de la evitabilidad de la muerte materna.

Gráfico N° 29.- Muertes Maternas según momento de fallecimiento, Región Cusco, 2007

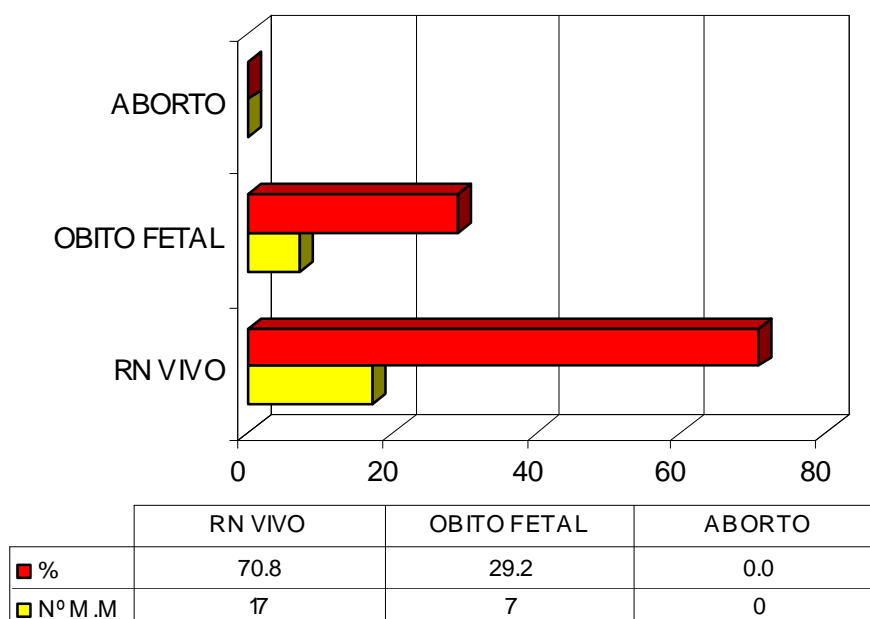


Fuente.- VEA-Dirección de Epidemiología. DIRESA Cusco

El 2007, un 83.3% de las muertes maternas se dio en la etapa del puerperio, y un 16.7% se dio en el momento de la gestación; de lo que puede desprender que de algún modo estos casos pudieron tener algún nivel de intervención para evitar estas muertes maternas particularmente desde la acción de los servicios de salud como desde la comunidad.



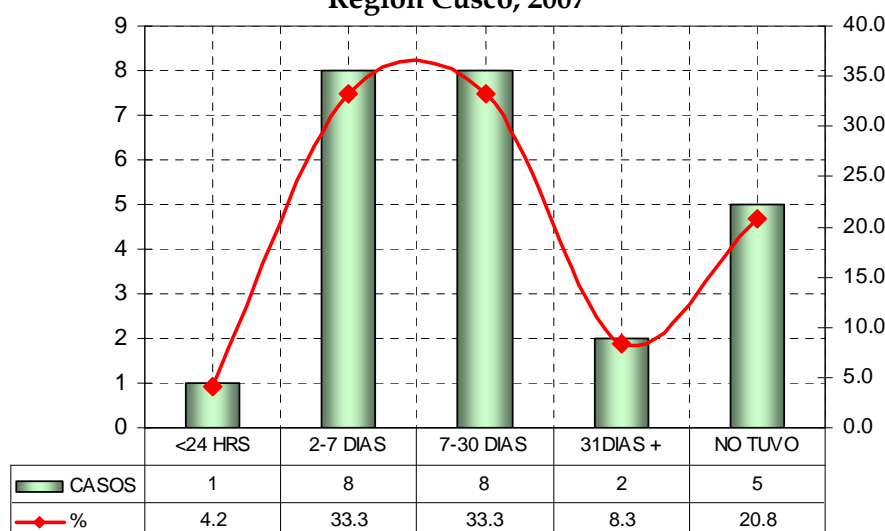
Gráfico N° 30.- Muertes Maternas según producto de la gestación, Región Cusco, 2007



Fuente.- VEA-Dirección de Epidemiología. DIRESA Cusco

El 70.8% de las muertes maternas tuvieron como producto de la concepción Recién Nacidos vivos, y 29.2% de ellos fueron Obitos fetales.

Gráfico N° 31.- Muertes Maternas según tiempo del último control a la fecha de fallecimiento, Región Cusco, 2007

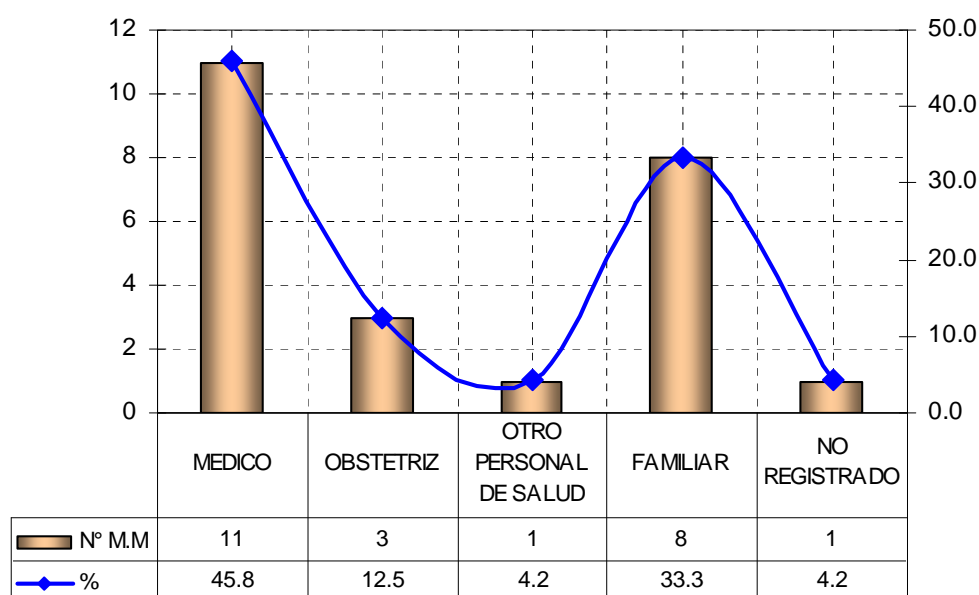


Fuente.- VEA-Dirección de Epidemiología. DIRESA Cusco

Al analizar el tiempo del último control a la fecha de fallecimiento, se aprecia que un 4.2% de los casos de muerte materna tuvo contacto con el servicio de salud en las ultimas 24 horas; un 33.3% de ellas tuvo contacto con los servicios de salud entre 2 a 7 días antes del fallecimiento; en tanto que un 33.3% de casos de muerte materna tuvo contacto con lo servicios de salud entre 7 a 30 días antes de su fallecimiento.



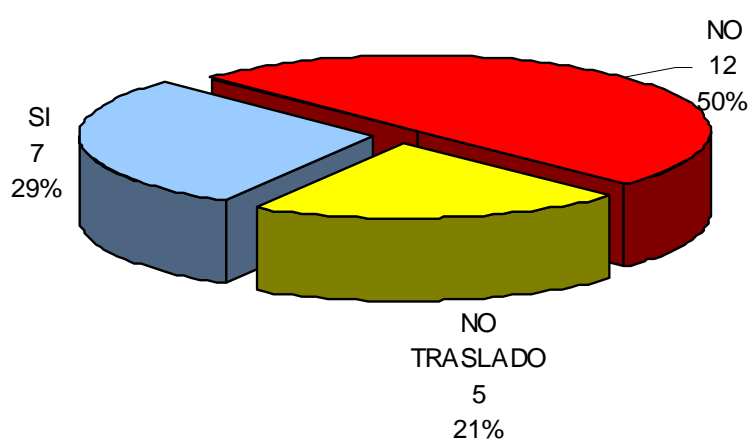
Gráfico N° 32.- Muertes Maternas según persona que inicia la atención, Región Cusco, 2007



Fuente.- VEA-Dirección de Epidemiología. DIRESA Cusco

Del total de muertes maternas reportadas el 2007, en un 33.3% de los casos fue un familiar el que inicio la atención de la gestante cuando se empezó a presentar el desmejoramiento de su salud, un 45.8 % por personal médico, un 12.5% la obstetriz, un 4.2% por otro personal de salud; lo que muestra que un 62.5% de las muertes maternas reportadas la persona que inicio la atención fue un personal de salud, lo que debe conllevar revisar los procesos de atención de salud de la gestante o puerpera según sea el caso, así como revisar el funcionamiento del sistema de referencia y contrarreferencia y la capacidad resolutoria de los establecimientos de salud.

Gráfico N° 33.- Muertes Maternas según demora en llegar al Establecimiento de Salud, Región Cusco, 2007

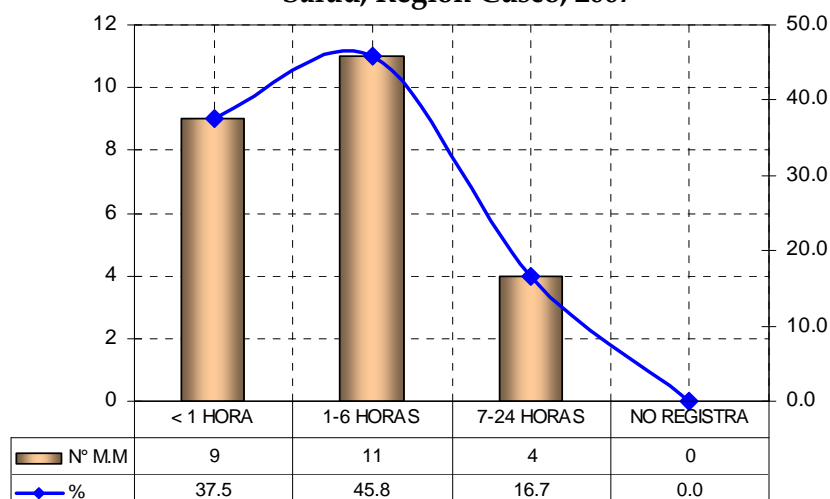


Fuente.- VEA-Dirección de Epidemiología. DIRESA Cusco

Si analizamos las muertes maternas según demora en llegar al establecimiento de salud, apreciamos que en un 29% se cataloga que si hubo demora en llegar al Establecimiento de Salud, en muchos de estos casos estuvo asociado así a la inaccesibilidad geográfica, como a dificultades para trasladar a la paciente a un servicio de salud; sin embargo esta información por sí resulta teniendo una carga subjetiva a considerar.



Gráfico N° 34.- Muertes Maternas según tiempo de demora en acceder al Establecimiento de Salud, Región Cusco, 2007



Fuente.- VEA-Dirección de Epidemiología. DIRESA Cusco

La información sistematizada sobre muertes maternas según tiempo de demora en acceder a un establecimiento de salud muestra que en un 37.5% de los casos accedió al servicio de salud dentro de los 60 minutos; y el restante 62.5% se dio en un rango entre 1 a las 24 horas siguientes de ocurrido el evento. De manera práctica 9 de las 24 muertes maternas reportadas el 2007, que constituyen el 37.5% si estuvieran accesibles aun servicio de salud.

EN SINTESIS:

La Muerte Materna es un problema sociosanitario de primera importancia; ligado a problemas de inequidad, de pobreza, de accesibilidad de manera amplia, de procesos educativos, y de formación de hábitos y estilos de vida saludable, entre otros.

Esto requiere desde el Sector Salud la necesidad de establecer un Plan Estratégico para enfrentar la Muerte Materna de carácter integral con participación multisectorial, que incluya la implementación o fortalecimiento de los procesos de atención integral de la salud de la mujer y de la gestante en particular, mejoramiento de la capacidad resolutive según niveles de responsabilidad, establecer una intervención integral desde la perspectiva de la promoción de salud que involucre la movilización y la participación activa de la comunidad, fortalecimiento del sistema de referencia y contrareferencia, sostenibilidad de los procesos de capacitación para mejorar los procesos de atención de la salud de las gestantes, continuidad y disponibilidad del personal de salud en los servicios de salud, identificación de los signos de alarma y de la vigilancia de riesgos maternos desde la atención o el cuidado de la salud de la gestante, fortalecimiento real del trabajo conjunto de la comunidad y de carácter intersectorial; que requiere decisiones políticas que tengan soporte logístico institucional oportuno y suficiente. Pero sobretodo exige desde nosotros del sector salud un trabajo comprometido y competente, basado en establecer claramente nuestro trabajo basado en objetivos y evaluación por resultados.



2. MORTALIDAD PERINATAL Y NEONATAL

Los cambios fisiológicos que implica para el feto, el paso de la vida intrauterina a la extrauterina determina la presencia de patologías propias del período Perinatal. Este paso requiere una adaptación de todos los órganos y sistema que incluye la maduración de diversos sistemas enzimáticos, la puesta en marcha del mecanismo de homeostasis que en el útero eran asumidos por la madre y la readecuación respiratoria y circulatoria indispensable desde el nacimiento para sobrevivir en el ambiente extrauterino. Cualquier problema que presente el recién nacido es consecuencia de la alteración de alguno de los mecanismos de adaptación.

Los factores más determinantes para la sobrevivencia de un recién nacido comprenden la edad gestacional y el peso al nacer. La mortalidad perinatal es un indicador de impacto importante que puede ser usado a nivel nacional, regional y a nivel local; si la población es suficientemente grande. Refleja directamente la atención prenatal, intraparto y neonatal y por lo tanto sirve como demarcador de la calidad del servicio de salud materno-infantil. También refleja la salud materna, la condición de la nutrición materna y el entorno en que vive la madre.

Las tasas decrecientes a través del tiempo son deseables. Las tasas crecientes pueden reflejar un verdadero deterioro de la calidad de los servicios o del acceso a los servicios. Sin embargo, debe tenerse en cuenta que las mejoras en el registro de defunciones fetales también pueden producir un aumento aparente en la tasa. La factibilidad de recoger datos precisos para este indicador se complica por el hecho de que los nacidos muertos y las defunciones infantiles tempranas pueden ser difíciles de identificar; muchos embarazos perdidos no son admitidos del todo. Se necesita investigación formativa para estructurar preguntas que faciliten la información. Además, esta información a menudo no está disponible a nivel nacional y regional, debido a la falta de estadísticas consistentes de registros vitales. Por eso, las estimaciones de esta tasa pueden depender de encuestas demográficas.

En las últimas décadas, aún subsisten indicadores de salud alarmantes que ubican al Perú en una situación desfavorable en comparación con la mayoría de los países latinoamericanos (en desempeño global del sistema de salud de Perú ocupa el puesto 129 en el mundo y el puesto menos destacado en Latinoamérica). Los indicadores de mortalidad perinatal constituyen hoy en día eficaces evaluadores de las condiciones de desarrollo de un país, región, nivel local y del seguimiento obstétrico.

La Mortalidad Perinatal representa un problema actual y pendiente de resolución en nuestro país y particularmente en nuestra región. Es un evento que por sus características y múltiples implicancias socioeconómicas y culturales junto a la mortalidad materna es considerado como uno de los marcadores que refleja el nivel de desarrollo y calidad de salud de los pueblos, por ser considerada también un indicador de la pobreza de los pueblos. Se estima que cada año se producen alrededor de 3 millones de muertes en el período neonatal precoz, y 4 millones de muertes fetales, el 98% de las muertes neonatales ocurren en los países en vías de desarrollo. Hacia el año 2001 las tasas de mortalidad perinatal en los países desarrollados habían disminuido en forma acelerada, alcanzando cifras tan bajas como 7,3 x 1000 n.v. (Suiza), 7,9 (Alemania), 8,5 (Suecia), 8,7 (Japón) y 10,8 (EE.UU.). La Mortalidad Perinatal en América Latina varía entre 15 y 95 por mil nacimientos.

En nuestro país, según la última publicación del ENDES 2000 y de los Indicadores Básicos, la Tasa de Mortalidad Perinatal (TMPN) es de 23 por 1000 embarazos de 7 o más meses de duración; y en el caso del Cusco la TMPN es de 48.1 por 1000 embarazos; en tanto Tacna tiene la menor TMPN en el país (10 x 1000 n.v.); lo que indica que la TMPN de Cusco tiene una Razón de Exceso de Mortalidad Perinatal de 2.1 y 4.8 veces más si la comparamos con el promedio nacional y la de Tacna respectivamente; es decir que en la Región Cusco en promedio existe 4 veces más riesgo de



mortalidad en el periodo perinatal que en la Región Tacna, lo que se puede explicar por una serie de factores asociados como los socioeconómicos, accesibilidad, nivel educativo, y otros.

Son muchos los esfuerzos e intervenciones realizadas al respecto, tanto en el nivel regional como el nacional, en busca de disminuir las tasas de mortalidad perinatal registradas anualmente. Es evidente que aún no se han alcanzado los resultados deseados y que aún queda mucho por hacer en el camino de lograr un adecuado manejo del proceso reproductivo.

Algunos conceptos que debemos tener en cuenta para el presente análisis son:

- **Mortalidad Fetal Temprana (MFTe):** Corresponde a las defunciones que se suscitan entre el inicio de la concepción y las 19 semanas de la gestación, la muerte en éste período se le denomina aborto (feto con peso aproximado de 500g).
- **Mortalidad Fetal Intermedia (MFI):** Corresponde a las muertes que ocurren entre las 20 y 27 semanas de gestación (peso fetal entre 500 y 999 g).
- **Mortalidad Fetal Tardía (MFT):** Ocurre a partir de las 28 semanas de gestación (1000 g de peso o más) y, el momento del parto.
- **Mortalidad Neonatal(MN):** Es la que sobreviene en los primeros 28 días de vida, esta a su vez se subdivide en:
 - **Mortalidad Neonatal Precoz (MNP):** Compreendida entre el nacimiento y los 7 días de vida. Esta a su vez se divide en:
 - **Mortalidad Neonatal Precoz I (MNP-I):** La cual acontece en las primeras 24 horas, se debe básicamente a problemas de asfixia en el neonato y malas maniobras de reanimación, dificultad en la adaptación, malformaciones cardiovasculares y pulmonares.
 - **Mortalidad Neonatal Precoz II (MNP-II):** Sobreviene entre los neonatos que superan el primer día de vida y los siete días, se debe principalmente a falta de capacidad de terapia de soporte.
 - **Mortalidad Neonatal Tardía (MNT):** Compreendida entre los ocho días y los 28 días.

A su vez, la Mortalidad Perinatal la podemos subdividir en 2 categorías:

- **Mortalidad Perinatal I:** Es aquella que engloba la mortalidad Fetal Tardía y la Neonatal Precoz.
- **Mortalidad Perinatal II o Ampliada:** Es un concepto que incluye las defunciones ocurridas entre los periodos Fetal Intermedio, Fetal Tardío y el Neonatal, es decir, la desde las 20 semanas de gestación o 500 gramos y los primeros 28 días de vida extrauterina.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), recomienda que se utilice el periodo perinatal I. Esta diferencia se debe a que la mortalidad neonatal, se debe en gran parte a causas vinculadas con el proceso reproductivo (endógenas), mientras que la postneonatal depende principalmente de factores exógenos, vinculados con el medio ambiente en el que el niño se desarrolla (infecciones, problemas nutricionales, etc).



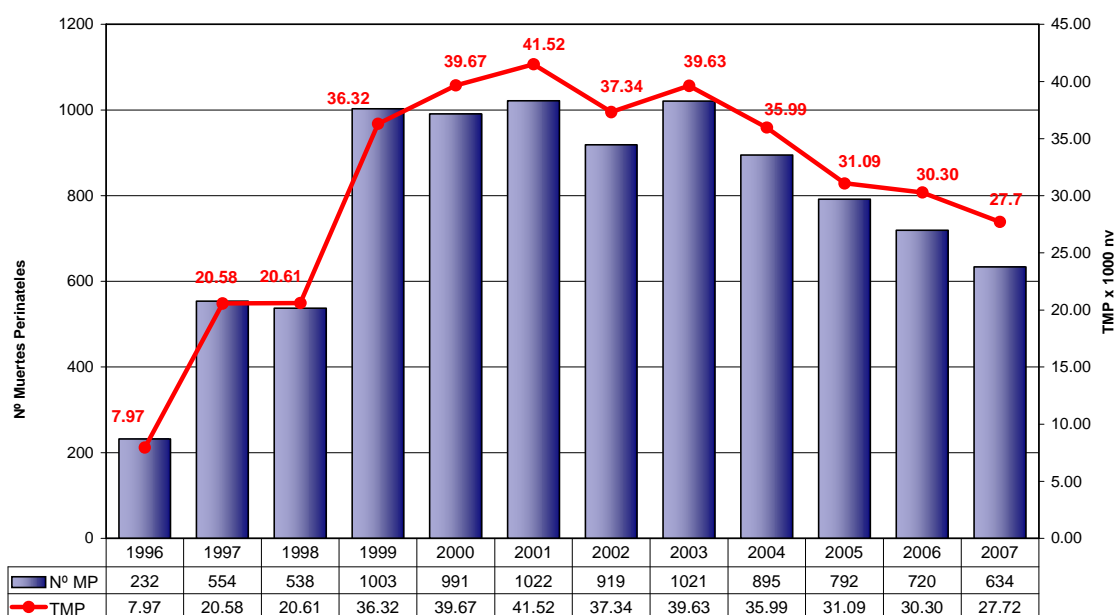
La Mortalidad Perinatal I tiene dos componentes básicos que son: la Tasa de Mortalidad Fetal Tardía que evalúa la calidad del control prenatal y, la Tasa de Mortalidad Neonatal precoz que nos da una idea de la calidad de la atención del parto y la atención del recién nacido. Operacionalmente la mortalidad perinatal está definida como la adición del número de muertes Fetales Tardías y la Mortalidad Neonatal Precoz y Tardía, las cuales guardan una estrecha relación; considerandosele como un indicador apropiado de la calidad del proceso reproductivo.

La expresión “Periodo Perinatal” fue ideado por Segismund Sëller en el año de 1965, para designar el periodo de la vida comprendida entre la vigésima semana de gestación y el vigésimo octavo día de vida extrauterina, conocido actualmente como periodo Perinatal II (*).

En la misma magnitud, el periodo perinatal, a pesar de su relativo corto tiempo de duración, tiene una influencia decisiva en la calidad de vida del individuo, en el desarrollo físico, neurológico y mental, se hallan fuertemente condicionados por los acontecimientos de este período. Los factores relacionados con la mayor mortalidad perinatal que más destacan son la prematuridad y el retardo en el crecimiento. Otros factores son: la edad materna, madres menores de 19 años (adolescentes) y madres añosas mayores de 35 años, número de embarazos, intervalo intergenésico, embarazo gemelar, bajo grado de instrucción, estado civil inestable, ausencia de controles prenatales, asfixia al nacer, patologías maternas y patologías fetales (membrana hialina, sepsis, entre otros).

Cada año en nuestro país ocurren alrededor de 11,000 muertes perinatales, la cual representa un problema grave de Salud Pública, problema derivado como mencionamos de las condiciones de pobreza, desigualdad de las mujeres al acceso de oportunidades de educación y salud, así como la deficiencia en la cobertura y calidad de los servicios de salud, entre otros.

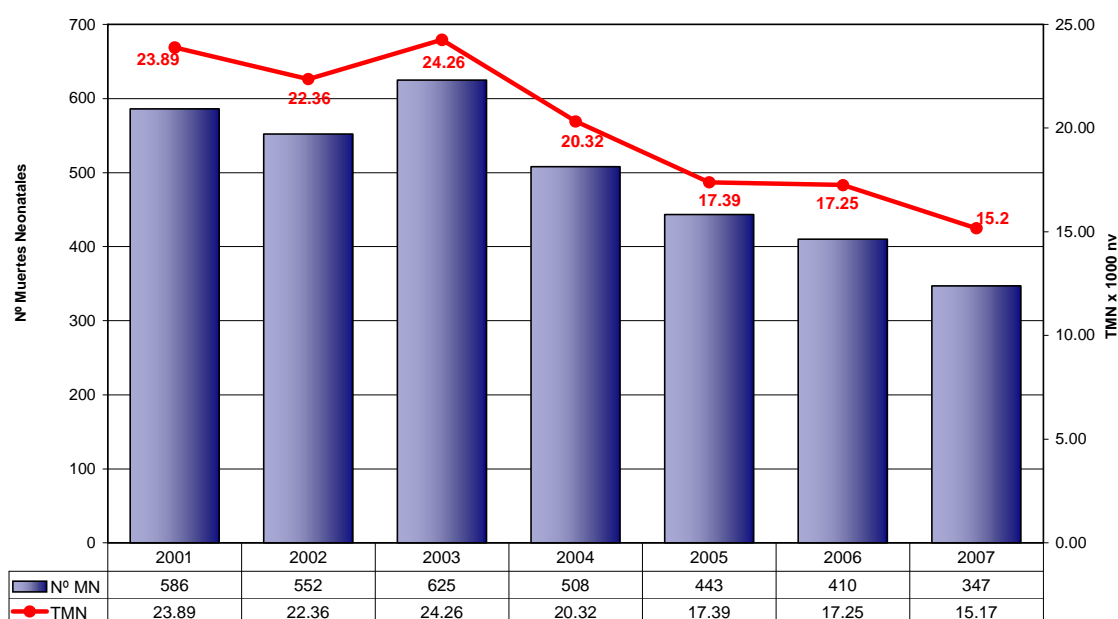
Gráfico N° 35.- Número y Tasa de Mortalidad Perinatal, Región Cusco, 1996 - 2007



Fuente.- VEA-Dirección de Epidemiología. DIRESA Cusco



Gráfico N° 36.- Número y Tasa de Mortalidad Neonatal, Región Cusco, 2001-2007



Fuente.- VEA-Dirección de Epidemiología. DIRESA Cusco

El ENDES 2000 refiere que la Tasa de Mortalidad Perinatal (TMP) estimado para la Región Cusco es de 48 defunciones por mil embarazos de 7 o más meses de duración, y que la TMP en el caso de las madres que tenían menos de 20 años al momento del nacimiento es de 68 por mil; en tanto que la TMP a nivel nacional estimado fue de 23 por mil.

En la DIRESA Cusco desde el año 1999 se implemento un sistema de vigilancia de la mortalidad perinatal con información básica, producto del cuál se mejoro el registro y el reporte de las muertes parinatales, hecho que se puede apreciar en la gráfica de tendencia de las muertes perinatales. Sin embargo por problemas de tipo presupuestario e insuficiencias en la decisión política para enfrentar el problema, que requería soporte logístico institucional que significaba un importante apoyo financiero desde el nivel central, no se pudo avanzar en lo que estuvo previsto en un plan de lucha contra la muerte perinatal.

El año 2001 se registra 1022 muertes perinatales (2.8 muertes perinatales/día en el departamento del Cusco), con una TMP de 41.52/1000 n.v., tasas por encima del promedio nacional (23/1000 n.v. - ENDES 2000).

La tendencia de casos y de la la tasa de mortalidad perinatal del 2001 al 2004 fue estacionario sin mayores cambios; sin embargo a partir del año 2005 se aprecia una tendencia al parecer favorable en la disminución de la mortalidad perinatal, lo que de cierto modo expresaría los resultados del trabajo desarrollo con mucho denuedo; sin embargo en estos 2 últimos años existiría o se habría presentado un subregistro un poco más del presentado en otros años, debido a que se habrían presentado insuficiencias en el sistema de informaciómn.

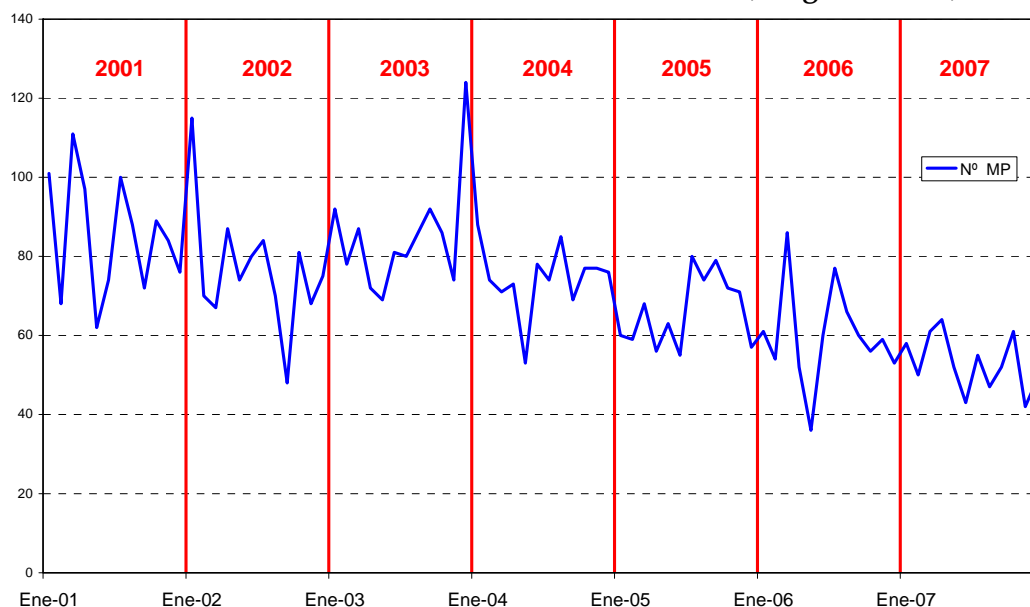
En el año 2007, se reportaron 634 muertes perinatales (1.7 muertes perinatales por día) en el ámbito de la DIRESA Cusco, alcanzando una TMP de 27.72/1,000 n.v.; cifra por encima del promedio nacional reportados por la OPS (35/1,000 n.v.) en noviembre del 2002, luego de la evaluación y análisis de salud materno perinatal, según el Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP).



La razón entre muerte perinatal y muerte materna en el año 2007 es de 26.4 para Cusco (10.0 a nivel nacional), es decir, que existen 267.4 Muertes Perinatales por cada Muerte Materna.

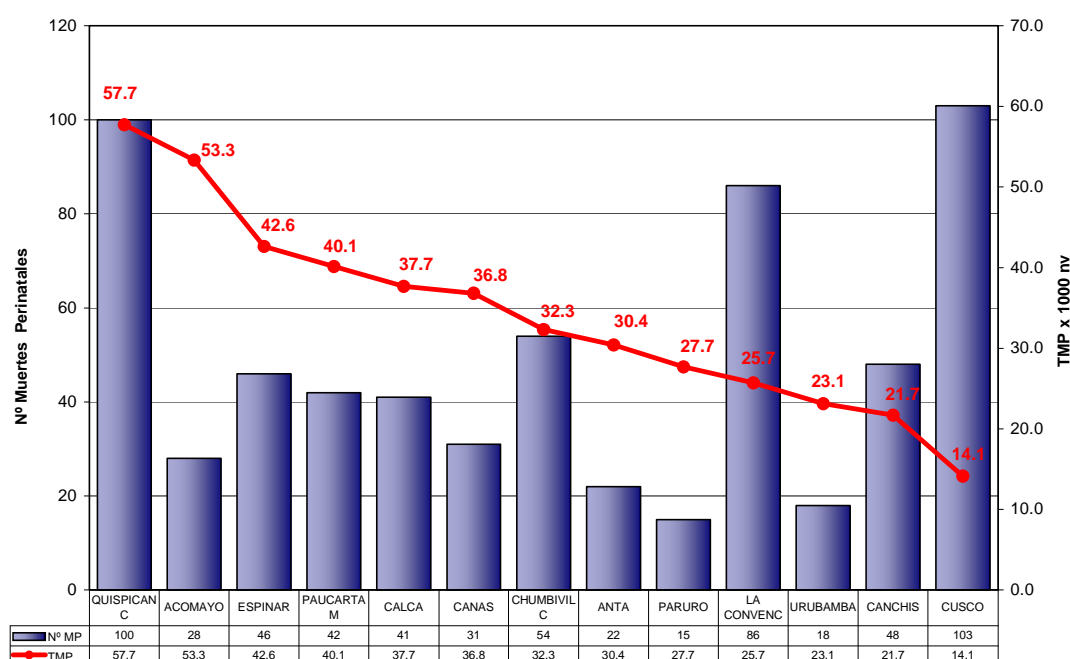
Esta tendencia que se aprecia en la gráfica nos estaría mostrando que debemos seguir trabajando cada vez más; lo que implica y exige la necesidad de establecer un Plan Estrategico para enfrentar la Muerte Materna y Perinatal de carácter integral, multisectorial y de base comunal; que tenga como base de trabajo el Plan Estrategico Sectorial Regional Concertado actualizado y acorde a los avances tecnologicos y conceptuales del manejo de la gestión sanitaria en los tiempos de una reforma de salud en proceso inicial y poco sistematico en su implementación.

Gráfico N° 37.- Tendencia mensual de la Muerte Perinatal, Región Cusco, 2001-2007



La tendencia mensual de muertes perinatales no muestra ningún patrón temporal específico, salvo un relativo mayor número de casos en los meses de diciembre y enero en algunos años.

Gráfico N° 38.- Número y Tasa de Mortalidad Perinatal, según Provincias, Región Cusco, 2007



Fuente.- VEA-Dirección de Epidemiología. DIRESA Cusco

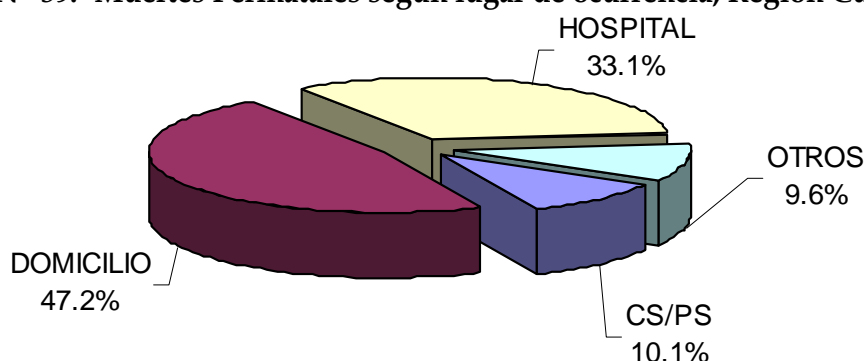


Al apreciar la información del 2007 sobre el Número y Tasas de Mortalidad Perinatal según Provincias en la Región Cusco, este muestra que las provincias más afectadas con muertes perinatales, son las Provincias de: Cusco, Quispicanchi, La Convención, Chumbivilcas, Canchis y Espinar con 103, 100, 86, 54, 48 y 46 muertes perinatales respectivamente.

En tanto si hablamos de las Provincias con mayor riesgo para mortalidad perinatal, tenemos que son las Provincias de: Quispicanchi, Acomayo, Espinar, y Paucartambo con Tasas de Mortalidad Perinatal de 57.7, 53.3, 42.6, y 40.1 x 1000 n.v. respectivamente.

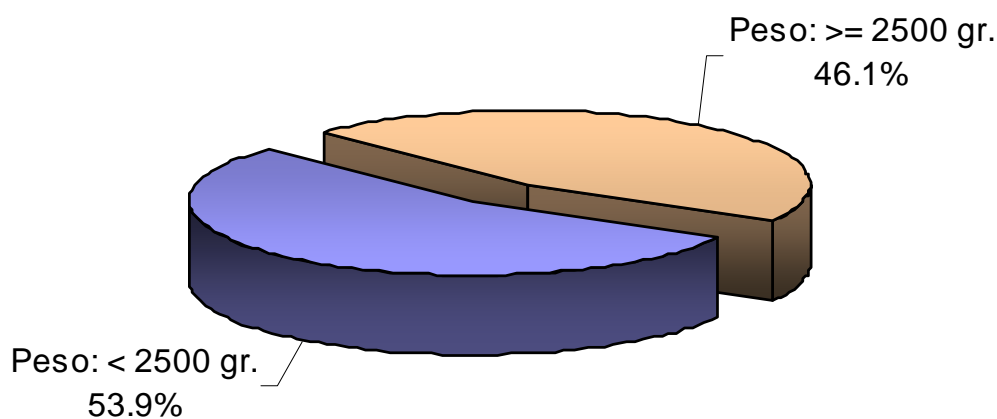
Esta realidad mostrada nos evidencia también que las Provincias que tienen mayores índices de pobreza son las que tienen mayores índices o Tasas de Mortalidad Perinatal; y evidentemente son los que tienen insuficiente infraestructura de servicios de salud y educativa; problemas de accesibilidad geográfica, social, económica y cultural; así como que un buen porcentaje de la población no cuenta con servicios básicos de saneamiento.

Gráfico N° 39.- Muertes Perinatales según lugar de ocurrencia, Región Cusco, 2007



Se aprecia que un 47.2% de las muertes perinatales están ocurriendo en el domicilio, que nos están mostrando problemas de accesibilidad a los servicios de salud, así como un llamado de atención para evaluar sobre la eficacia y eficiencia del sistema de seguro de salud implementado en el sector, dado que un buen porcentaje de estos casos se dan en gran medida en los distritos y localidades de mayor pobreza.

Gráfico N° 40.- Mortalidad Perinatal según Peso al Nacer (en gramos), Región Cusco, 2007

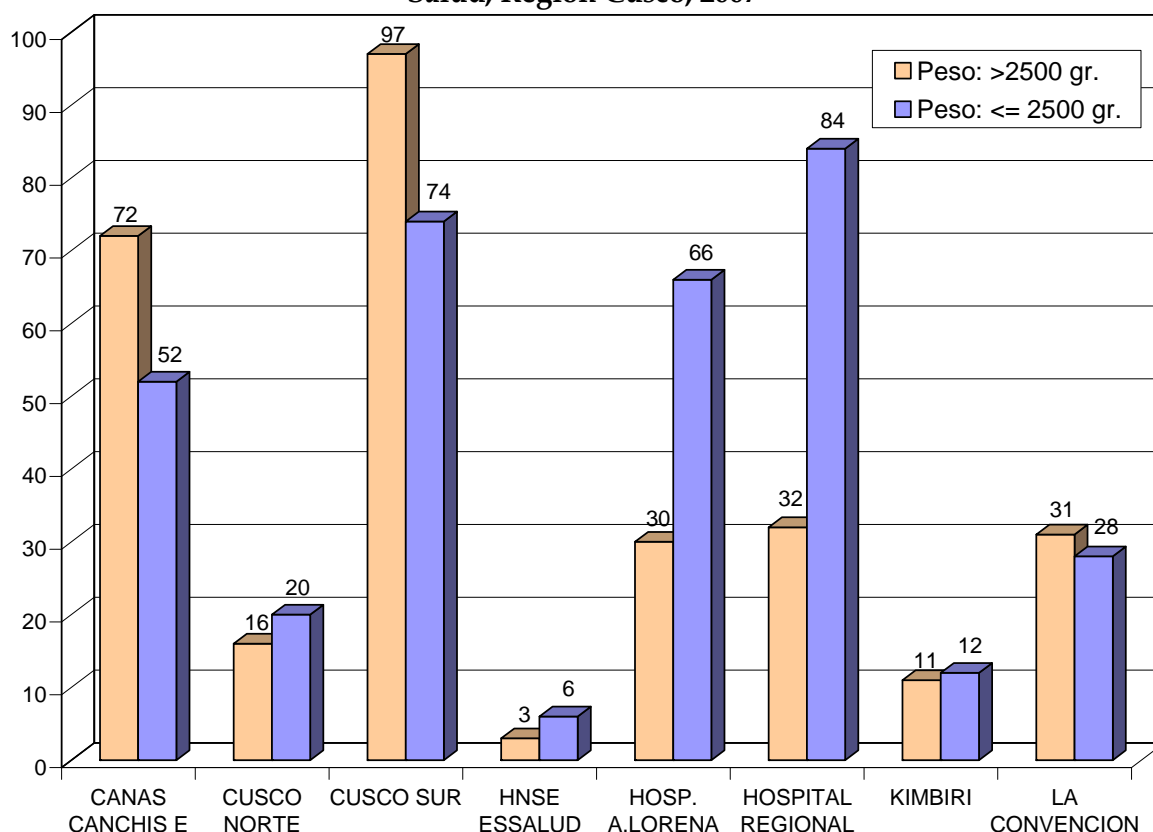


Fuente.- VEA-Dirección de Epidemiología. DIRESA Cusco

Un considerable 53.9% de las muertes perinatales ocurrieron en productos con más de 2500 gramos de peso; tanto en el ante, intra y post parto que teóricamente son productos viables y que no deberían fallecer, por lo que cualquier intervención a realizarse debe de considerar este dato en el análisis como en la problematización y en la respectiva toma de decisiones.



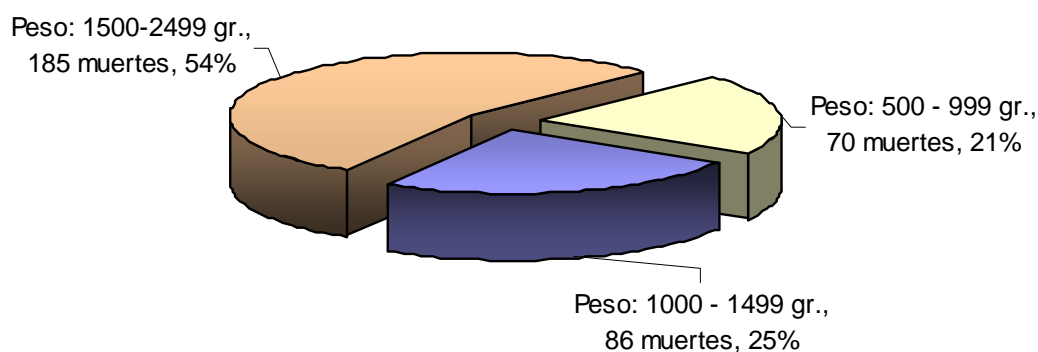
Gráfico N° 41.- Muertes Perinatales según Peso al Nacer por Hospitales y Redes de Servicios de Salud, Región Cusco, 2007



Fuente.- VEA-Dirección de Epidemiología. DIRESA Cusco

Al analizar las muertes perinatales según Peso al Nacer y por Redes u Hospitales; apreciamos que son en las Redes Canas Canchis Espinar, Cusco Sur, y La Convención donde se presentan una mayor proporción de muertes perinatales con Peso al Nacer mayores de 2500 gramos; en tanto que en los Hospitales Antonio Lorena y Hospital Regional esta cifra es mucho menor proporcionalmente.

Gráfico N° 42.- Mortalidad Perinatal según Bajo Peso al Nacer (BPN), Región Cusco, 2007

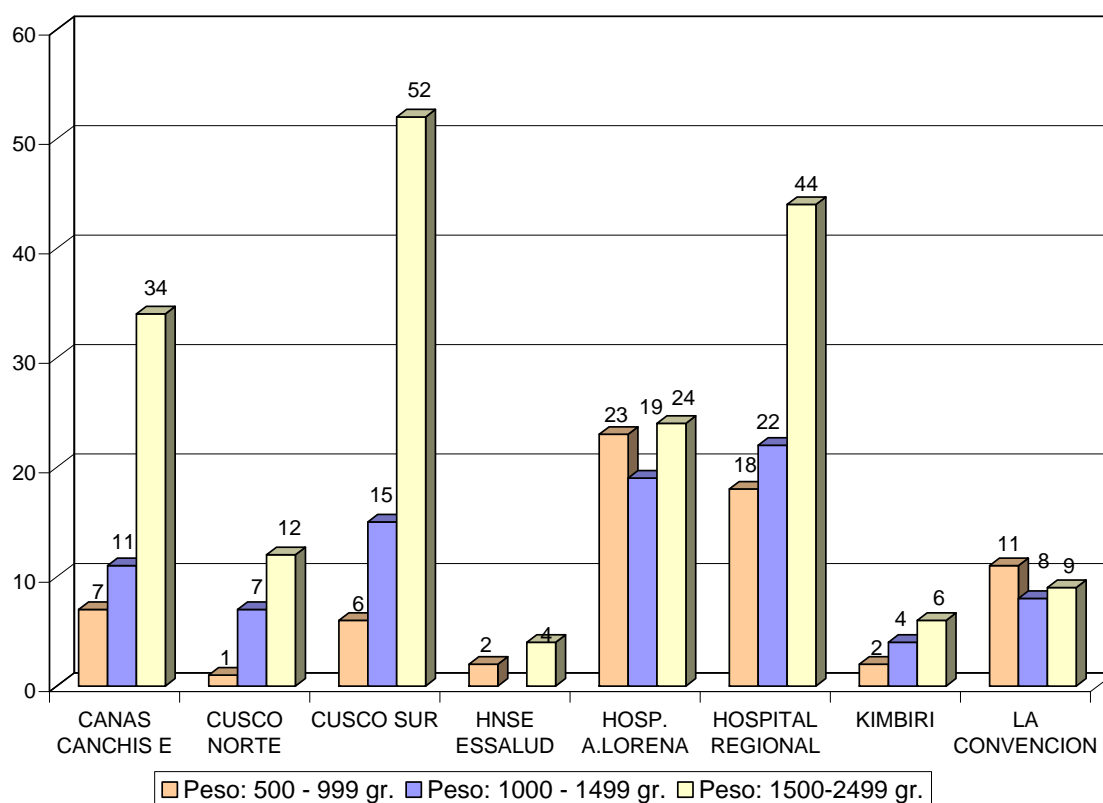


Fuente.- VEA-Dirección de Epidemiología. DIRESA Cusco

Del total de muertes perinatales con Bajo Peso al Nacer (BPN), un 54% de los casos tuvieron pesos entre 1500-2499 gramos; un 25% entre 1000-1499 gramos; y un 21% entre 500-999 gramos; cifras estas que nos muestran que las posibilidades de intervención exitosa están dadas en función del peso al nacer.



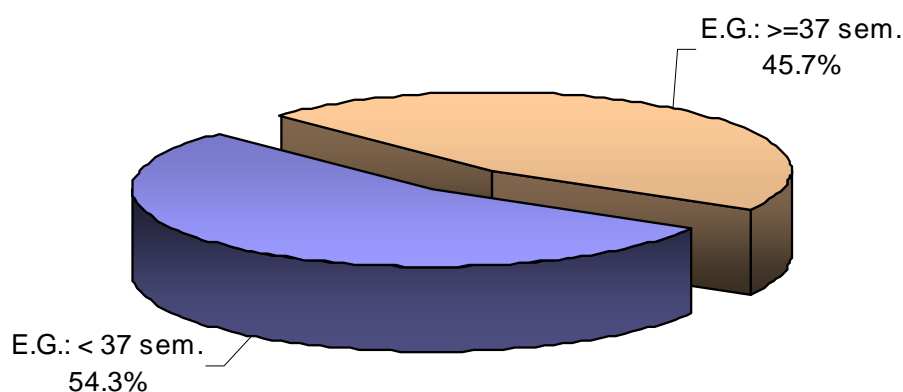
Gráfico N° 43.- Muertes Perinatales según Bajo Peso al Nacer por Hospitales y Redes de Servicios de Salud, Región Cusco, 2007



Fuente.- VEA-Dirección de Epidemiología. DIRESA Cusco

Se aprecia que la Redes de Servicios de Salud en general tienen proporcionalmente mayor porcentaje de muertes perinatales que tuvieron pesos al nacer entre 1500-2499 gramos, especialmente en la Red Cusco Sur, seguido de la Red Canas Canchis Espinar; igual situación se aprecia en el Hospital Regional y el Hospital Nacional de ESSALUD, y algo en el Hospital Lorena donde también es importante el número de muertes perinatales ocurridas en productos con pesos de 500-999 gramos.

Gráfico N° 44.- Muertes Perinatales según Edad Gestacional, Región Cusco, 2007

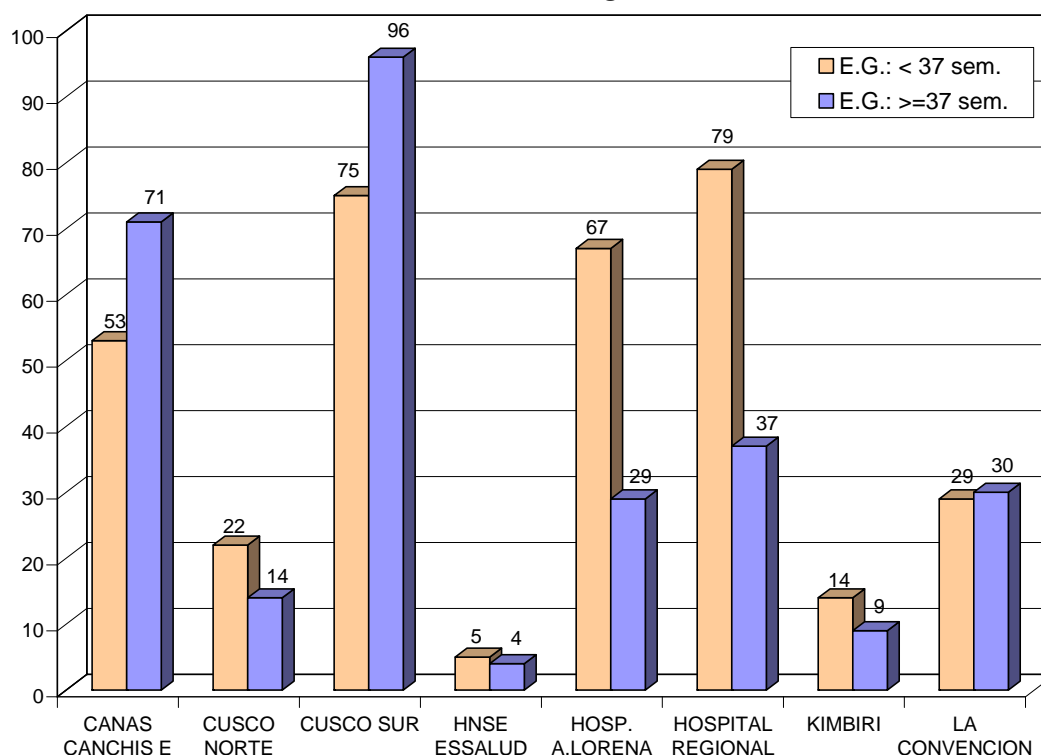


Fuente.- VEA-Dirección de Epidemiología. DIRESA Cusco

El 45.7% de las muertes perinatales ocurridas en la Región Cusco, se dio en productos con Edad Gestacional de más de 37 semanas, es decir que eran productos de gestaciones a término, una buena base para realizar intervenciones sanitarias y así evitar mayor número de muertes perinatales; más aún teniendo en cuenta que un buen porcentaje de estos productos tenían pesos al nacer mayores a 2500 gramos.



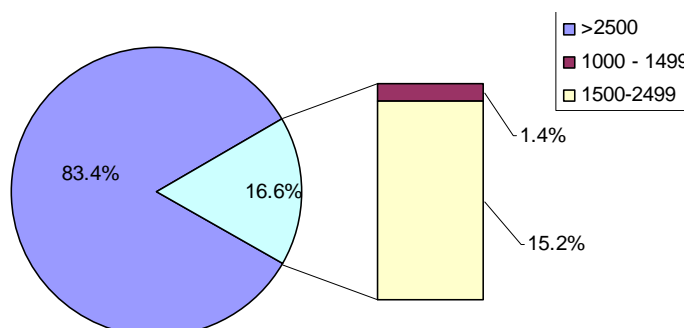
Gráfico N° 45.- Muertes Perinatales según Edad Gestacional por Hospitales y Redes de Servicios de Salud, Región Cusco, 2007



Fuente.- VEA-Dirección de Epidemiología. DIRESA Cusco

El gráfico muestra que en las Redes de Servicios de Salud Cusco Sur, Canas Canchis Espinar y La Convención se presentaron mayor número y porcentaje de muertes perinatales con edad gestacional mayores a 37 semanas, lo que es necesario tomar en cuenta para el analisis global, dado que estas son las Redes que tienen mayor número de muertes perinatales con edad gestacional mayor de 37 semanas y con pesos al nacer mayores a 2500 gramos. En tanto que las muertes maternas ocurridas en los Hospitales Regional y Antonio Lorena tuvieron muertes perinatales con edad gestacional menor a 37 semanas, en parte explicable por su condición de ser Hospitales de Referencia a nivel regional.

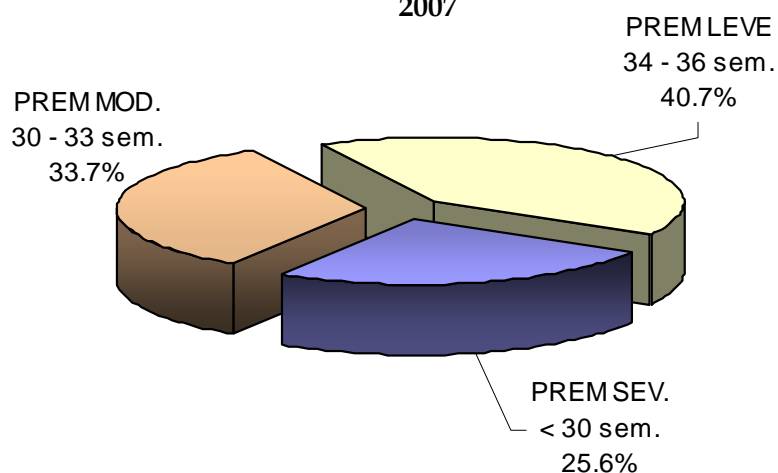
Gráfico N° 46.- Muertes Perinatales según Edad Gestacional mayor de 37 semanas y Peso al Nacer, Región Cusco, 2007



Las muertes perinatales ocurridas en gestaciones mayores de 37 semanas, en un 83.4% de los casos se da en productos con pesos de 2500 o mayores de 2500 gramos; el restante 16.6% se da en productos con menos de 2500 gramos; del total de muertes perinatales un 15.2% se dan en productos con pesos entre 1500-2499 gramos; información está que nos indica que existe cierto techo importante para implementar intervenciones sanitarias y medidas de prevención eficaces para enfrentar la muerte perinatal de manera exitosa.



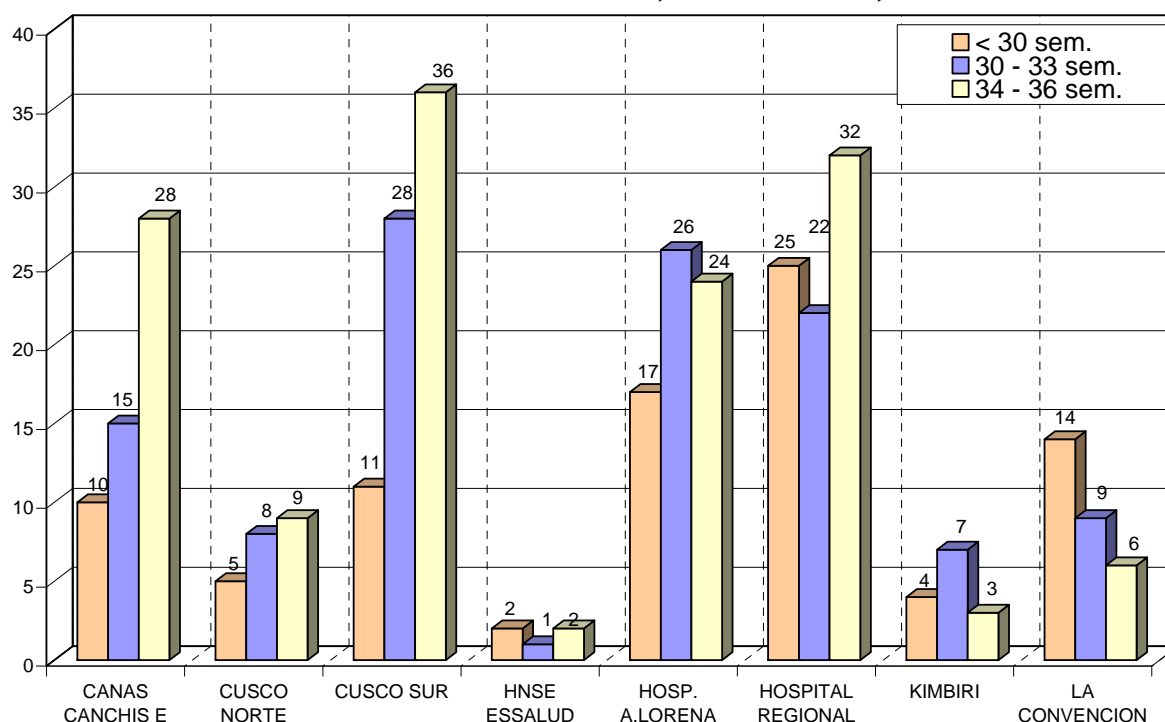
Gráfico N° 47.- Mortalidad Perinatal en Prematuros según Edad Gestacional, Región Cusco, 2007



Fuente.- VEA-Dirección de Epidemiología. DIRESA Cusco

La mortalidad perinatal en prematuros según edad gestacional, en un 40.7% se da en productos con prematuridad leve, un 33.7% se da en productos con prematuridad moderada, y un 25.6% se da en productos con prematuridad severa.

Gráfico N° 48.- Mortalidad Perinatal en Prematuros según Edad Gestacional por Hospitales y Redes de Servicios de Salud, DIRESA Cusco, 2007

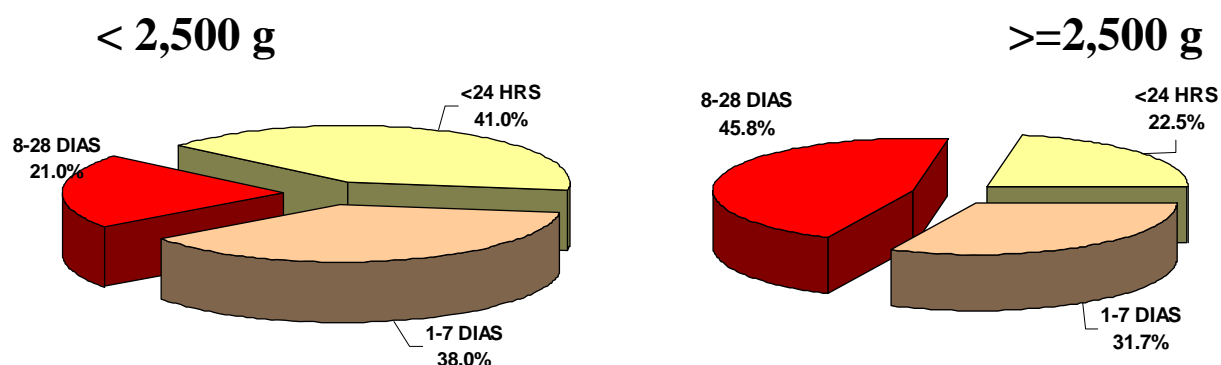


Fuente.- VEA-Dirección de Epidemiología. DIRESA Cusco

En las Redes donde existe mayor número de muertes parinatales, así como mayores tasas de mortalidad perinatal como son las Redes de Servicios de Salud Canas Canchis Espinar, Cusco Sur y La Convención; se aprecia que existe una mayor número y una mayor proporción de productos con prematuridad leve según edad gestacional; lo que muestra que existen de algún modo mayores posibilidades de intervención desde el cuidado de la salud y del mejoramiento de la capacidad resolutoria según niveles de responsabilidad. Llama la atención la mayor proporción de muertes perinatales de productos con prematuridad severa en la Red de Servicios La Convención.

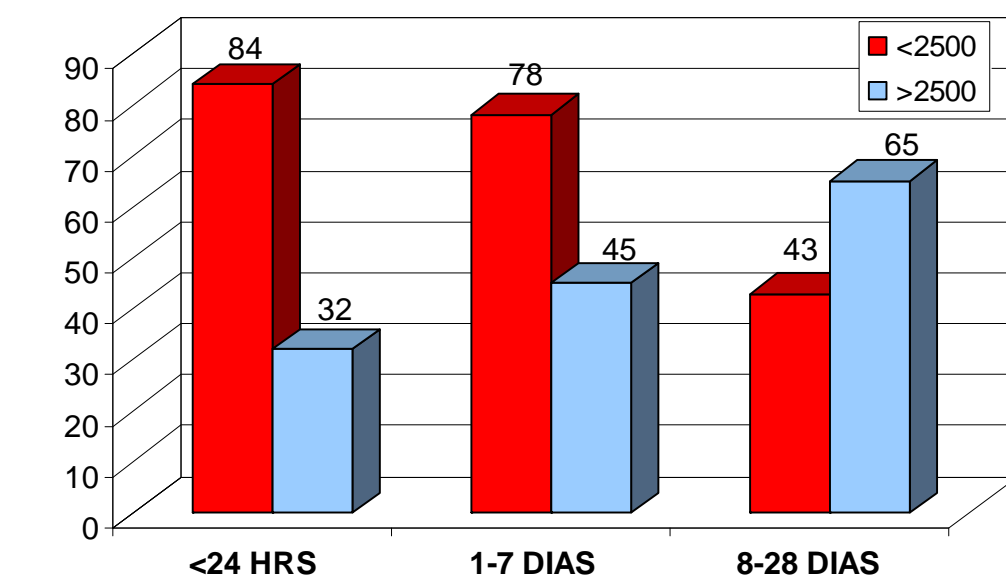


Gráfico N° 49.- Muertes Neonatales según Peso al Nacer y Tiempo de Vida, Región Cusco, 2007



La información sobre muertes neonatales según peso al nacer y tiempo de vida, muestra que en los productos con pesos menores de 2500 gramos, un 41% de las muertes ocurrieron dentro de la primeras 24 horas, un 38% de las muertes ocurrieron dentro del periodo de 1-7 días, y un 21% ocurrieron dentro del periodo de 8-28 días. En tanto que en los neonatos con pesos al nacer de 2500 o más gramos, se aprecia que un 22.5% de las muertes ocurrieron dentro de las primeras 24 horas (que es donde existen problemas relacionados a la atención del parto y del recién nacido principalmente), un 31.7% de las muertes neonatales se dan en el periodo de 1-7 días, y un importante 45.8% de las muertes neonatales se dan en el periodo de 8-28 días (que son productos que teóricamente menos deben fallecer, dado que las causas podrían estar relacionados a problemas de tipo infeccioso, a inoportunidad de las referencias, entre otros).

Gráfico N° 50.- Muertes Neonatales según Peso al Nacer y Tiempo de Vida, Región Cusco, 2007

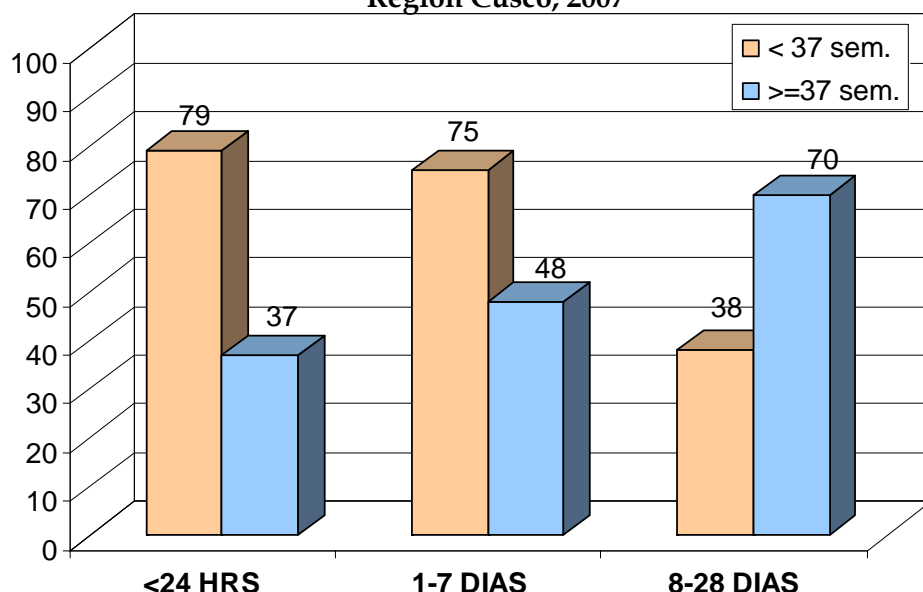


Fuente.- VEA-Dirección de Epidemiología. DIRESA Cusco

El gráfico nos muestra una tendencia de que las muertes neonatales cuanto más cercanas están al nacimiento, estas muertes neonatales se dan en mayor proporción en productos con pesos menores de 2500 gramos; en tanto que las muertes neonatales en el periodo de 8-28 días se están dando en mayor proporción en productos con pesos de 2500 gramos o más; entendiéndose que en este último caso existe en buena medida una mayor probabilidad de intervención eficaz desde los servicios de salud y desde la comunidad.



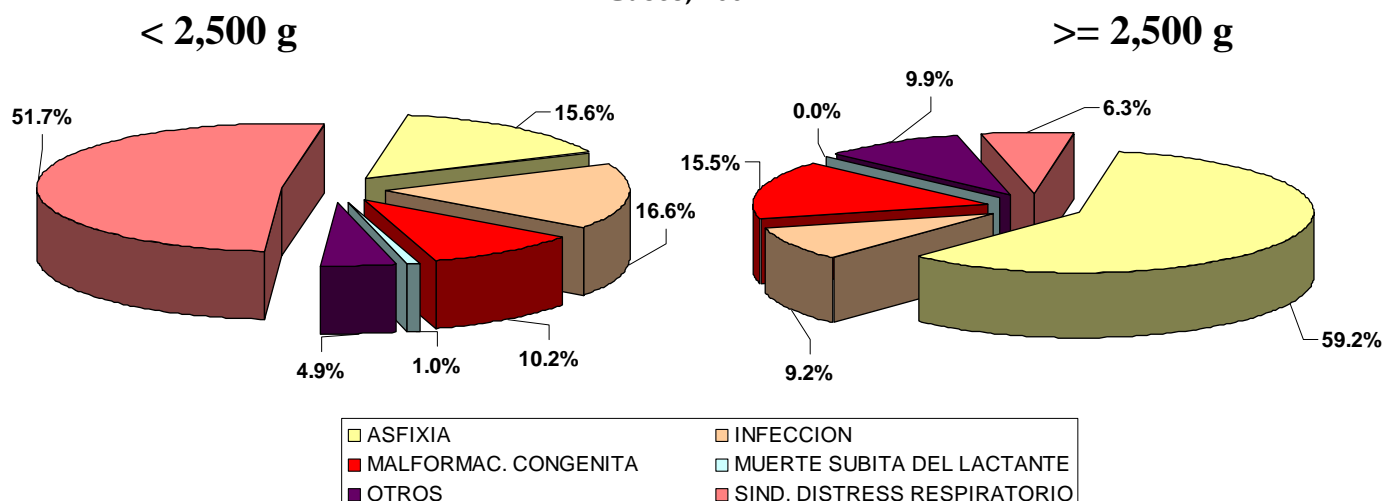
Gráfico N° 51.- Muertes Neonatales según Edad Gestacional y Tiempo de Vida al fallecer, Región Cusco, 2007



Fuente.- VEA-Dirección de Epidemiología. DIRESA Cusco

El gráfico nos muestra una tendencia de que las muertes neonatales cuanto más cercanas están al nacimiento, estas muertes neonatales se dan en mayor proporción en productos con edad gestacional menor de 37 semanas; en tanto que las muertes neonatales en el periodo de 8-28 días se están dando en mayor proporción en productos con edad gestacional mayor de 37 semanas; entendiéndose que en este último caso existe en buena medida una mayor probabilidad de intervención eficaz desde el cuidado de la salud, la oportunidad de la identificación de riesgos neonatales, su intervención que incluye el mejoramiento de la capacidad resolutoria según niveles de responsabilidad, y la oportunidad de las referencias si fuera el caso.

Gráfico N° 52.- Muertes Neonatales según Peso al Nacer y Causa Básica de Muerte, Región Cusco, 2007

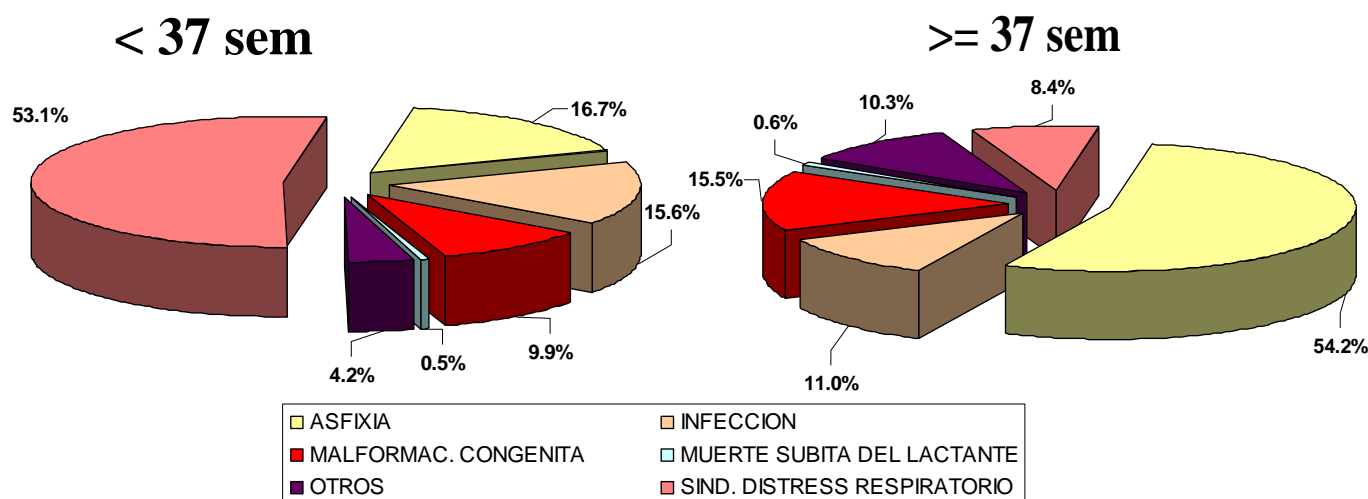


Al cruzar información sobre la Causa Básica de Muerte y el Peso al Nacer en las muertes neonatales se aprecia que en los neonatos con pesos menores de 2500 gramos, las causas básicas más importantes de muerte son: Asfixia perinatal (en 15.6% de las muertes neonatales), Síndrome de Distress respiratorio (51.7%), Infección (16.6%), Malformaciones congénitas (10.2%), y otros (4.9%); en buena medida explicable por el tipo de patología asociada a que los neonatos tengan pesos menores de 2500 gramos.



En tanto, en los neonatos fallecidos que nacieron con pesos de 2500 gramos o más, las causas básicas de muerte más importante son: Asfixia perinatal (59.2%), Infección (9.2%), Malformaciones congénitas (15.5%), y Síndrome de Distres Respiratorio (6.3%); lo que evidencia de algún modo que se estarían presentado insuficiencias en la atención integral del peripato, y específicamente en la atención del parto y del recién nacido. Sin embargo, es necesario indicar que los diagnósticos sobre asfixia perinatal y síndrome de distress respiratorio que se dan sobre todo en los servicios más periféricos de salud pueden tener un sesgo que es necesario evaluar.

Gráfico N° 53.- Muertes Neonatales según Edad Gestacional y Causa Básica de Muerte, Región Cusco, 2007



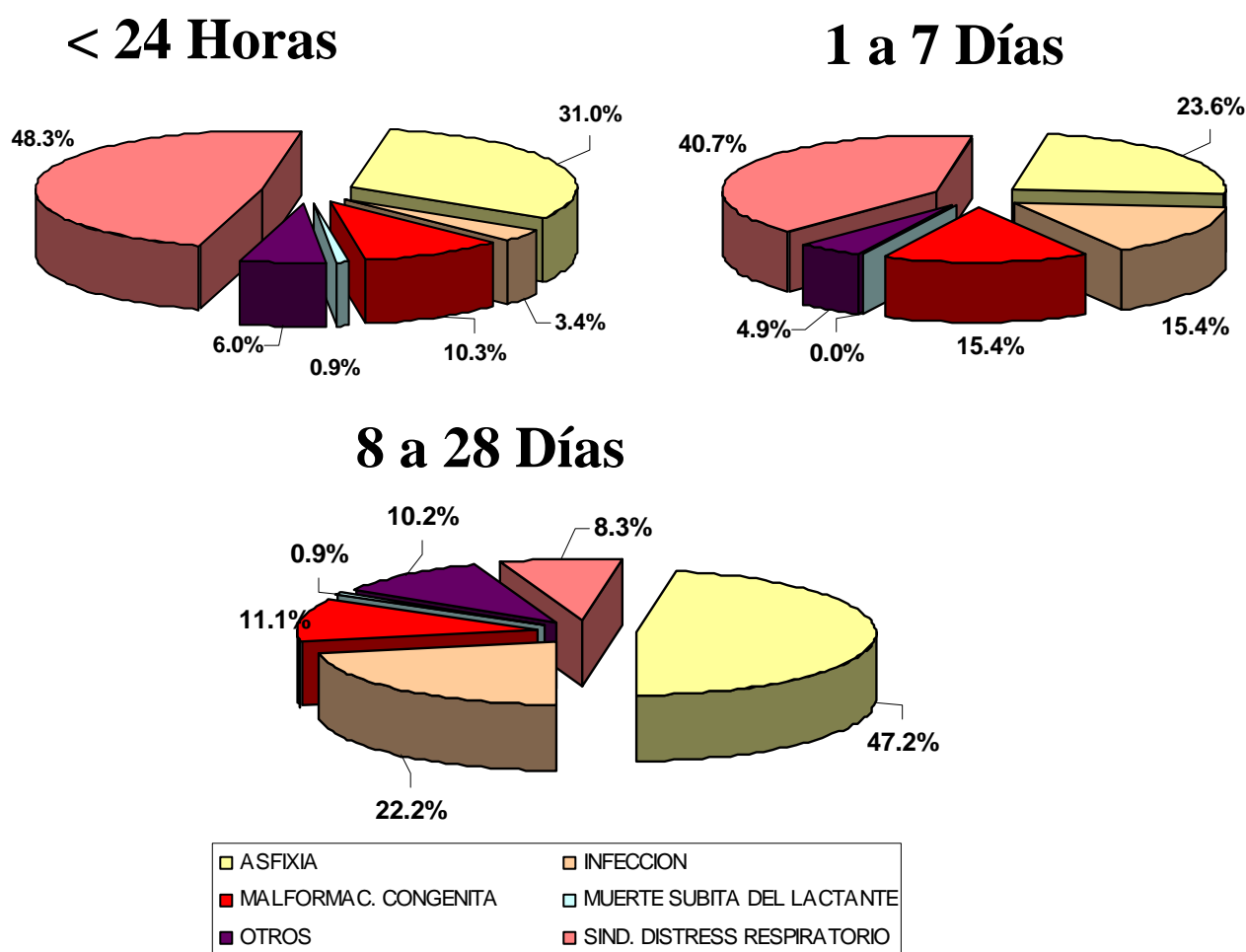
Fuente.- VEA-Dirección de Epidemiología. DIRESA Cusco

El gráfico muestra que las muertes neonatales en productos con edad gestacional menor de 37 semanas tiene como principales causas básicas de muerte: Asfixia perinatal (en el 16.7% de las muertes neonatales), Síndrome de distres respiratorio (53.1%), Infección (15.6%), Malformación congénita (9.9%).

En tanto, en las muertes neonatales en productos con edad gestacional igual o mayor de 37 semanas, las principales causas básicas de muerte son: Asfixia perinatal (en 54.2% de las muertes neonatales), Infección (11%), Malformaciones congénitas (15.5%), y Síndrome de distres respiratorio (8.4%); lo que evidenciaría indirectamente problemas relacionados a la atención del parto normal, situación que debe ser evaluada en profundidad desde las habilidades y destrezas del personal de salud para realizar esta actividad, y dar una respuesta a través de un proceso de capacitación que tenga sostenibilidad de la capacitación y de los capacitados en los servicios de salud, así como el soporte logístico institucional oportuno en términos de resolutiveidad de los servicios de salud según niveles de responsabilidad y oportunidad de la referencia de casos cuando así sea requerido. Otro dato de importancia es de que un buen porcentaje de estos productos con edad gestacional de 37 semanas o más, son productos que tienen pesos igual o mayor de 2500 gramos, es decir productos viables que teóricamente no debieran fallecer en gran medida.



Gráfico N° 54.- Muertes Neonatales según Tiempo de Vida y Causa Básica de Muerte, Región Cusco, 2007



Los gráficos muestran las causas básicas de muerte según el tiempo de vida que tenían los neonatos la fallecer, así en los neonatos que fallecieron dentro de las primeras 24 horas de vida tenemos que las principales causas de muerte fueron: Síndrome de distres respiratorio (en 48.3% de las muertes neonatales), Asfixia perinatal (31%), Infección (3.4%), y Malformaciones congénitas (10.3%); explicables y asociados en muchos casos a prematuridad y pesos menores de 2500 gramos; lo que requieren ser evaluados desde los cuidados perinatales.

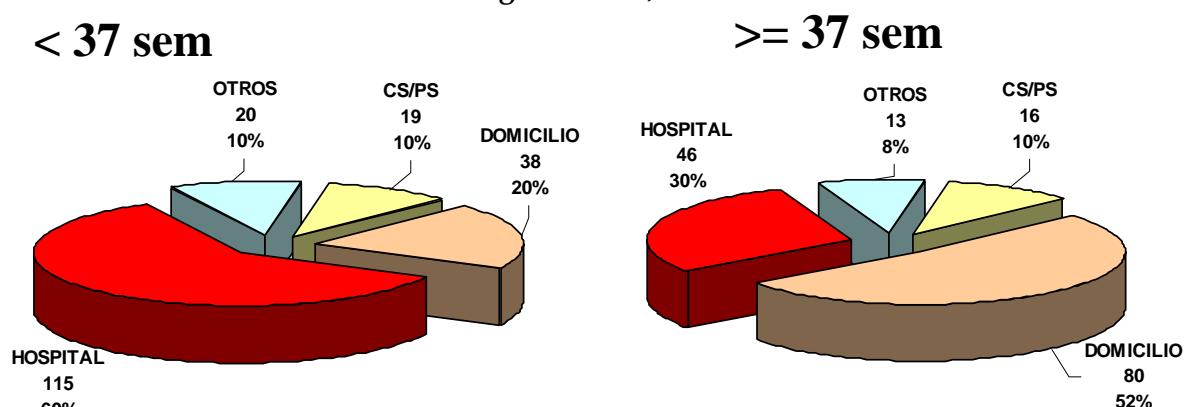
En los neonatos que fallecieron en el periodo de 1 a 7 días, las causas básicas de muerte fueron: Asfixia perinatal (en 23.6% de las muertes neonatales), Infección (15.4%), Síndrome de distres respiratorio (40.7%), y malformaciones congénitas (15.4%); lo que indirectamente evidenciaría insuficiencias relacionadas a la atención del parto y del recién nacido, tanto en términos de los procesos en sí como de lo que significa un parto y nacimiento limpios, y el cuidado inmediato del recién nacido.

En los neonatos que fallecieron en el periodo de 8 a 28 días, las causas básicas de muerte fueron: Asfixia perinatal (47.2%), Infección (22.2%), Malformaciones congénitas (11.1%); síndrome de distres respiratorio (cada uno con 8.3%); lo que debe llamarnos a pensar que existirían insuficiencias relacionados al diagnóstico de causa básica de muerte por el porcentaje alto relacionado a asfixia perinatal y síndrome de distres respiratorio (que muchas veces requiere cierto grado de precisión en el diagnóstico), así como a problemas relacionados a la atención integral del recién nacido y sus complicaciones, lo que se agrava en algunos casos por problemas de accesibilidad a los servicios de



salud, insuficiencias en la capacidad resolutive y del sistema de referencia y contrareferencia establecido.

Gráfico N° 55.- Muertes Neonatales según Edad Gestacional al nacer y Lugar de Fallecimiento, Región Cusco, 2007

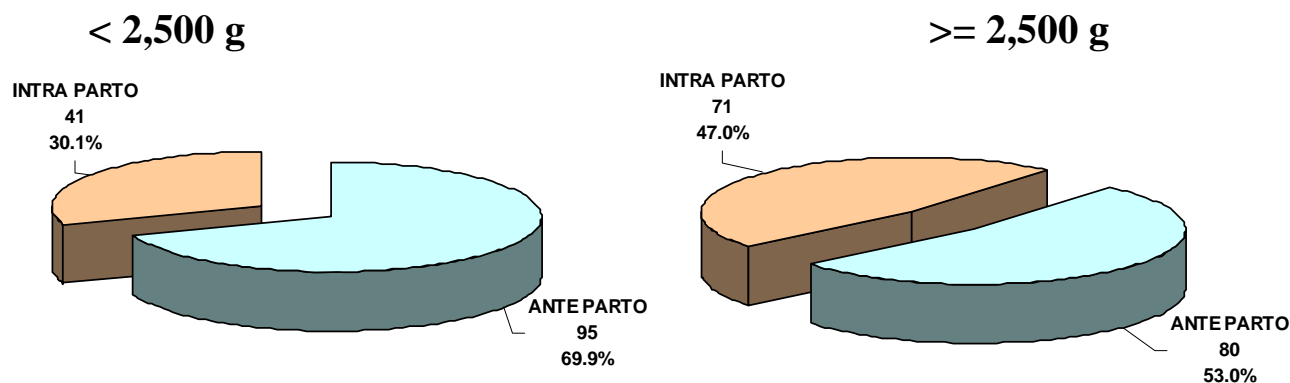


Fuente.- VEA-Dirección de Epidemiología. DIRESA Cusco

Las muertes neonatales según Edad Gestacional al nacer y lugar de fallecimiento, muestra que las muertes en neonatos con edad gestacional menor de 37 semanas, el lugar de fallecimiento en un 20% se dio en el domicilio, otro 10% se dio en los establecimientos de salud, y un 10% se consideraron como otros (generalmente a que la muerte se dio en el momento del traslado a un servicio de salud); cifras estas que nos muestran que todavía tenemos problemas de accesibilidad ya no solo económico, sino también del tipo social y cultural que requieren ser intervenidas desde el sector salud en su conjunto tomando en cuenta las creencias y percepciones sobre el proceso salud-enfermedad en la población, y fundamentalmente sobre las creencias y percepciones acerca del embarazo, parto y puerperio por parte de la comunidad.

Las muertes en neonatos con edad gestacional al nacer de 37 semanas o más, en un 52% ocurrió en el domicilio, y en un 10% se dio en los establecimientos de salud; lo que evidencia los problemas de accesibilidad de manera integral antes mencionado, que incluye evaluar el rol o el impacto que tiene el modelo de atención de salud existente, la formación de hábitos y estilo de vida saludable desde la promoción de la salud, y lo que se espera del Seguro Integral de Salud en esta situación problemática planteada.

Gráfico N° 56.- Muertes Fetales según Peso y Momento del Fallecimiento, Región Cusco, 2007

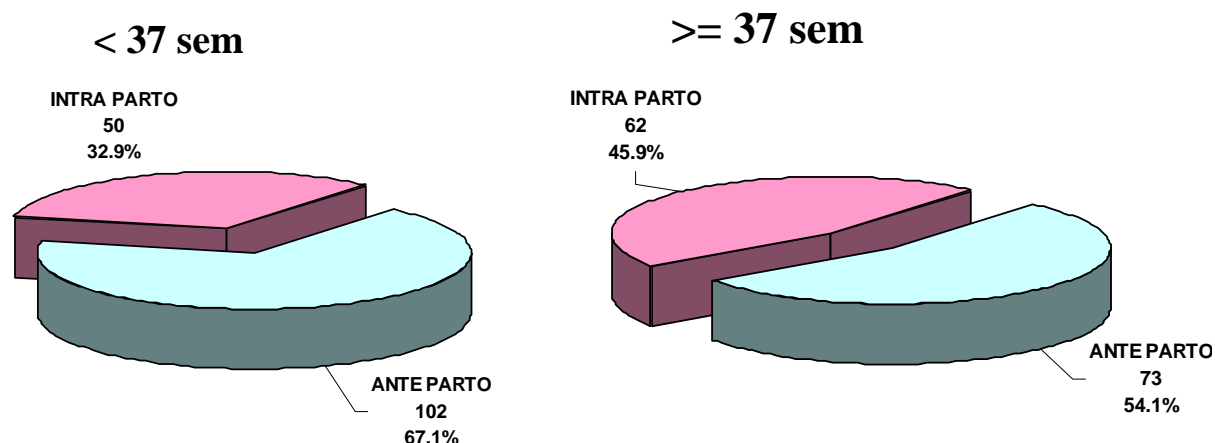


Fuente.- VEA-Dirección de Epidemiología. DIRESA Cusco

Las muertes fetales en productos con pesos menores de 2500 gramos en un 69.9% de los casos se dio en el anteparto y en 30.1% de los casos la muerte fetal se dio en el intraparto. Las muertes fetales en productos con pesos de 2500 gramos o más en un 53% de los casos se dio en el anteparto.



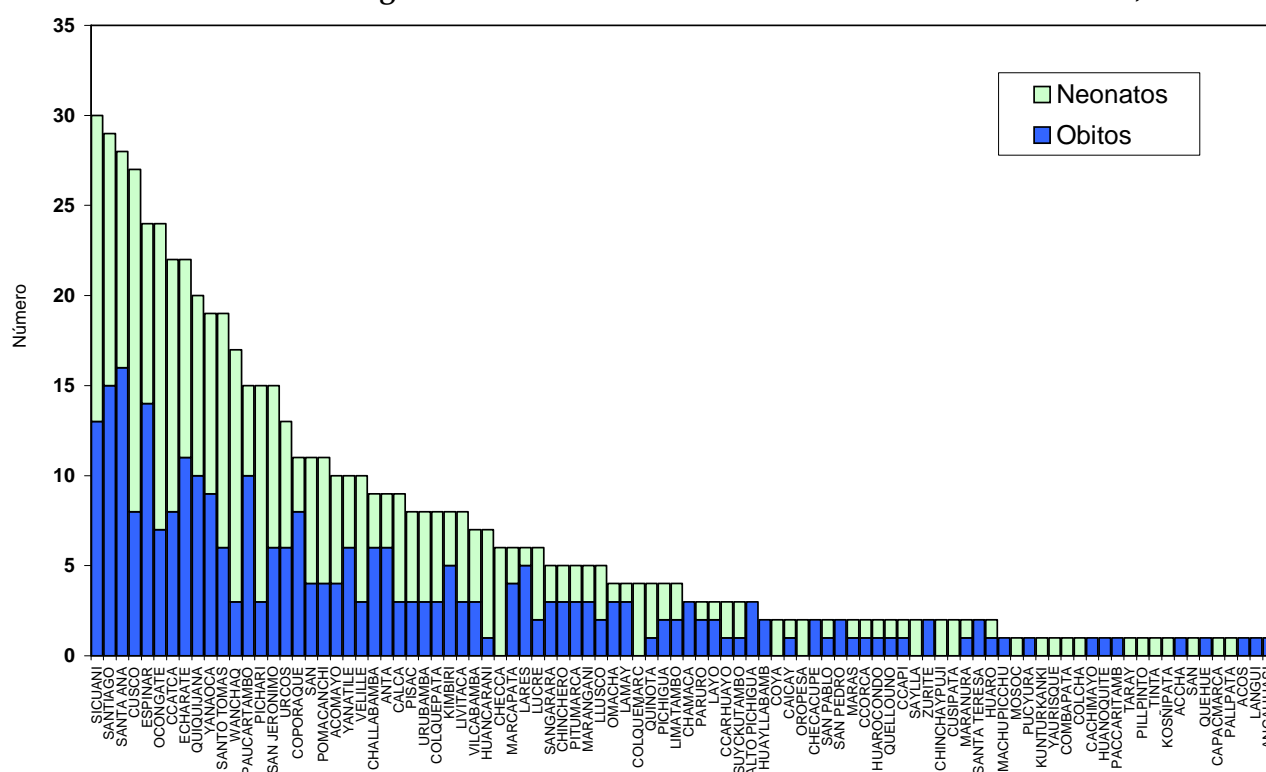
Gráfico N° 57.- Muertes Fetales según Edad Gestacional y Momento del Fallecimiento, Región Cusco, 2007



Fuente.- VEA-Dirección de Epidemiología. DIRESA Cusco

Las muertes fetales en productos con edad gestacional menor de 37 semanas 67.1% de los casos se dio en el anteparto y en 32.9% de los casos la muerte fetal se dio en el intraparto. Las muertes fetales en productos con edad gestacional de 37 o más semanas en un 54.1% de los casos se dio en el anteparto y un 45.9% de los casos ocurrió en el intraparto; apreciándose que en cualquiera de estas circunstancias planteadas en las dos últimas gráficas, sobretodo en los productos con 2500 gramos o más de peso y en los productos con más de 37 semanas de acuerdo a edad gestacional tienen cifras o porcentajes de fallecimientos importantes (53% y 54% respectivamente), que de cierto modo nos están mostrando la existencia de problemas al momento de la atención ya sea en los establecimientos de salud ó en la comunidad, donde hay que evaluar los problemas relacionados a accesibilidad a los servicios de salud y la capacidad resolutoria de estos.

Gráfico N° 58.- Región Cusco: Distritos donde ocurren Muertes Perinatales, 2007



LA MATRIZ BABIES EN EL ANÁLISIS DE LA MORTALIDAD PERINATAL

Uno de los instrumentos o herramientas metodológicas para evaluar la mortalidad perinatal y la calidad de atención en los servicios de salud (que incluye el modelo de atención de la salud de la población) es la Matriz BABIES, que como dijimos es una herramienta de evaluación de la atención de salud, que permite la organización de información simple sobre la salud del neonato, cuyo fin es enfocar áreas clave para la intervención sanitaria y la investigación; y cuya información proviene del Sistema de Vigilancia de la Mortalidad Perinatal establecida en la Red de Vigilancia Epidemiológica de la Dirección Regional Salud Cusco.

El término BABIES deriva de los siguientes términos:

- **B:** Bithweigth
- **A:** Age of death
- **B:** Boxes (Casilleros)
- **I:** Intervención
- **E:** Evaluación
- **S:** System

Tabla N° 02.- Matriz BABIES: Muertes Perinatales según Peso al Nacer y Edad de Fallecimiento, Región Cusco, 2007

PESO DENOMINACION	OBITO FETAL		TIEMPO DE VIDA DEL RN			TOTAL
	ANTEPARTO	INTRAPARTO	< DE 24 H	1 A 7 DIAS	8 A 28 DIAS	
MBPN (500-1499)	49	15	39	39	15	157
	31.2%	9.6%	24.8%	24.8%	9.6%	24.8%
BPN (1500-2499)	46	26	45	39	29	185
	24.9%	14.1%	24.3%	21.1%	15.7%	29.2%
PN (>2500)	80	71	32	45	64	292
	27.4%	24.3%	11.0%	15.4%	21.9%	46.1%
TOTAL	175	112	116	123	108	634
	27.6%	17.7%	18.3%	19.4%	17.0%	100.0%

El gráfico muestra que de las 634 muertes perinatales ocurridas en la Región Cusco, un total de 287 muertes perinatales que hacen un 45.3% del total ocurrieron como Obitos fetales, tanto en el anteparto como en el intraparto en un 61.0% y 39.0% del total de muertes ocurridas en obitos fetales respectivamente.

Del total de muertes neonatales ocurridas (347), un 18.3% de estas muertes ocurrió en las primeras 24 horas de vida (Mortalidad Neonatal Precoz I), un 19.4% en el periodo de 1-7 días (Mortalidad neonatal Precoz II), y un 17% de las muertes neonatales ocurrió en el periodo de 8-28 días (Mortalidad Neonatal Tardía).

Llama la atención que 292 de las muertes perinatales se den en productos con pesos al nacer de 2500 gramos o más (46.1% del total de muertes perinatales), es decir uno de cada dos muertes perinatales se da en productos con pesos al nacer de 2500 gramos o más, lo cuál es preocupante ya que teóricamente estos productos tendrían menor probabilidad de fallecer y no deberían significar ese porcentaje del total de muertes perinatales.

Si analizamos las muertes neonatales, apreciamos que 253 de las muertes (49.8 % de las muertes neoantales) ocurridas en este periodo ocurrieron en productos con pesos al nacer de 2500 gramos



o más; lo que llama a mayor preocupación dado que un 42.3% del total de estas muertes han ocurrido en productos con pesos al nacer de 2500 gramos o más y que fallecieron en el periodo neonatal tardío (8-28 días de vida). Un 29.8% y un 28.1% de estas muertes neonatales ocurridas en productos con pesos de 2500 gramos o más ocurrieron en el periodo neonatal precoz I y II respectivamente; lo que evidencia que en el periodo neonatal precoz I (<24 horas) indirectamente problemas asociados como insuficiencias en la atención normal del recién nacido y los cuidados básicos, insuficiencias en las maniobras de reanimación, dificultad en la adaptación, malformaciones congénitas en otros casos, aspectos relacionados a la capacidad resolutoria, entre otros; en tanto que en el periodo neonatal precoz II (1-7 días) podría estar relacionado en gran medida a capacidad de terapia de soporte, inadecuada identificación temprana de signos y síntomas de alarma tanto a nivel comunal como a nivel de los establecimientos de salud, insuficiencias en el sistema de referencia y contrareferencia, insuficiencias en la capacidad resolutoria a nivel de los establecimientos de salud según nivel de complejidad, problemas de accesibilidad en general –especialmente la de tipo geográfico en algunos casos-, entre otros.

No hay que olvidar otro grupo donde se puede intervenir mejorando los procesos de atención integral son soporte logístico institucional adecuado y oportuno, así como con trabajo de base comunal, es en las muertes perinatales producidas en productos con pesos de 1500-2499 gramos, especialmente en las muertes neonatales que tienen esos pesos y que hacen un total de 166 muertes neonatales, que constituyen un importante 18.5% del total de muertes perinatales.

Tabla N° 03.- Muertes perinatales según Peso al Nacer y Causa de Mortalidad, Región Cusco, 2007

PESO DENOMINACION	TOTAL OBITO	CAUSAS DE MORTALIDAD NEONATAL						
		ASFIXIA	SX. DISTRES	MALF. CONGENITA	INFECCION	OTROS	MUERTA SUBITA	TOTAL
MBPN (500-1499)	64	5	65	5	16	2	0	157
	40.8%	3.2%	41.4%	3.2%	10.2%	1.3%	0.0%	24.8%
BPN (1500-2499)	72	27	41	16	18	9	2	185
	38.9%	14.6%	22.2%	8.6%	9.7%	4.9%	1.1%	29.2%
PN (>2500)	151	84	9	22	13	13	0	292
	51.7%	28.8%	3.1%	7.5%	4.5%	4.5%	0.0%	46.1%
TOTAL	287	116	115	43	47	24	2	634
	45.3%	18.3%	18.1%	6.8%	7.4%	3.8%	0.3%	100.0%

Al analizar la información sobre Peso al nacer y Causa de mortalidad, apreciamos que 508 de estas muertes perinatales han ocurrido en etapa neonatal; en los cuales se tiene que un 36.4% causas estuvieron relacionados a problemas de asfixia y síndrome de distres respiratorio, que en gran medida están asociadas a los cuidados perinatales, una adecuada atención del parto y del recién nacido en los establecimientos de salud, adecuadas proceso de reanimación neonatal, contar con establecimientos con adecuada capacidad resolutoria, y sistemas de referencia y contrareferencia operativos desde el nivel comunal.

Un importante 7.4% de las muertes neonatales son debidas a las infecciones y que potencialmente están asociadas a insuficiencias de la atención de partos limpios, dado que muchos de recién nacidos son atendidos en la comunidad y por personas de la comunidad, que no necesariamente son parteros capacitados y calificados que garantizan la atención de un parto limpio.

Un 6.8% de las muertes neonatales están ocurriendo en productos que presentan las malformaciones congénitas como causa de mortalidad, y que en gran medida la evitabilidad es mucho menor o en muchos casos es no evitable la muerte.



Tabla N° 04.- Matriz BABIES: Muertes Perinatales según Peso al Nacer y Edad de Fallecimiento, Red Cusco Sur- DIRESA Cusco, 2007

PESO DENOMINACION	OBITO FETAL		TIEMPO DE VIDA DEL RN			TOTAL
	ANTEPARTO	INTRAPARTO	< DE 24 H	1 A 7 DIAS	8 A 28 DIAS	
MBPN (500-1499)	9	4	6	2	1	22
	40.9%	18.2%	27.3%	9.1%	4.5%	12.9%
BPN (1500-2499)	9	13	18	4	8	52
	17.3%	25.0%	34.6%	7.7%	15.4%	30.4%
PN (>2500)	9	32	10	16	30	97
	9.3%	33.0%	10.3%	16.5%	30.9%	56.7%
TOTAL	27	49	34	22	39	171
	15.8%	28.7%	19.9%	12.9%	22.8%	100.0%

La matriz nos muestra que un 56.7% de las muertes perinatales (171) en la Red Cusco Sur están ocurriendo en productos con pesos al nacer de 2500 gramos o más; de los cuales un 55.6% (95) de las muertes ocurren en etapa neonatal.

De las muertes ocurridas en etapa neonatal y en productos con pesos de 2500 gramos o más al nacer, el 30.9% de las muertes están dándose en el periodo de 8-28 días después del nacimiento; un 10.3% de estas muertes neonatales se están dando en las primeras 24 horas; y el restante 16.5% de las muertes se dan en el periodo de 1-7 días; lo que está mostrando un techo importante de intervenciones sanitarias de carácter integral a implementar, más aún si muchos de los espacios distritales ubicados en esta Red se encuentran en zona de alto riesgo para mortalidad perinatal y neonatal.

Tabla N° 05.- Muertes perinatales según Peso al Nacer y Causa de Mortalidad, Red Cusco Sur- DIRESA Cusco, 2007

PESO DENOMINACION	TOTAL OBITO	CAUSAS DE MORTALIDAD NEONATAL						TOTAL
		ASFIXIA	SX. DISTRES	MALF. CONGENITA	INFECCION	OTROS	MUERTA SUBITA	
MBPN (500-1499)	13	1	7	0	0	1	0	22
	59.1%	4.5%	31.8%	0.0%	0.0%	4.5%	0.0%	12.9%
BPN (1500-2499)	22	16	8	2	2	1	1	52
	42.3%	30.8%	15.4%	3.8%	3.8%	1.9%	1.9%	30.4%
PN (>2500)	41	39	0	8	2	7	0	97
	42.3%	40.2%	0.0%	8.2%	2.1%	7.2%	0.0%	56.7%
TOTAL	76	56	15	10	4	9	1	171
	44.4%	32.7%	8.8%	5.8%	2.3%	5.3%	0.6%	100.0%

Un 56.7% de las muertes neonatales (97) en la Red Cusco Sur estuvo asociado a productos con pesos al nacer de 2500 gramos o más; de ellos un 57.7% de las muertes neonatales (56) se debió a problemas de carácter respiratorio, en buena medida asociada a dificultades en el proceso de atención del recién nacido normal, a la capacidad resolutoria en los establecimientos de salud, a la atención del parto y del recién nacido en la comunidad por personas no capacitadas, a problemas de accesibilidad a los servicios de salud, a inadecuados hábitos y estilo de vida relacionado al cuidado de la salud de la mujer y de la gestante, a la autoestima personal, entre otros.



Tabla N° 06 .- Matriz BABIES: Muertes Perinatales según Peso al Nacer y Edad de Fallecimiento, Red Cusco Norte- DIRESA Cusco, 2007

PESO DENOMINACION	OBITO FETAL		TIEMPO DE VIDA DEL RN			TOTAL
	ANTEPARTO	INTRAPARTO	< DE 24 H	1 A 7 DIAS	8 A 28 DIAS	
MBPN (500-1499)	0	1	7	0	0	8
	0.0%	12.5%	87.5%	0.0%	0.0%	22.2%
BPN (1500-2499)	2	4	4	0	2	12
	16.7%	33.3%	33.3%	0.0%	16.7%	33.3%
PN (>2500)	3	7	0	2	4	16
	18.8%	43.8%	0.0%	12.5%	25.0%	44.4%
TOTAL	5	12	11	2	6	36
	13.9%	33.3%	30.6%	5.6%	16.7%	100.0%

La matriz nos muestra que un 44.4% de las muertes perinatales (16) en la Red Cusco Norte se están dando en productos con pesos al nacer de 2500 gramos o más; de los cuales un 52.9% (19) de las muertes ocurren en etapa neonatal.

De las 16 muertes neonatales y en productos con pesos de 2500 gramos o más al nacer, el 25% de las muertes están dándose en el periodo de 8-28 días después del nacimiento; ninguna de estas muertes neonatales se están dando en las primeras 24 horas; y el restante 12.5% de las muertes se dan en el periodo de 1-7 días; lo que está mostrando de cierto modo que existen niveles de intervención sanitaria para evitar las muertes neonatales, asociados entre otros a la necesidad de establecer un mejoramiento de las competencias del personal de salud en la atención normal del parto y del recién nacido así como en la reanimación neonatal, mejorar las coberturas de atención del parto y del recién nacido en la institución, fortalecimiento de la capacidad resolutoria a nivel de los establecimientos de salud, mejoramiento del sistema de referencia y contrareferencia desde el nivel comunal, entre otros.

Tabla N° 07.- Muertes perinatales según Peso al Nacer y Causa de Mortalidad, Red Cusco Norte- DIRESA Cusco, 2007

PESO DENOMINACION	TOTAL OBITO	CAUSAS DE MORTALIDAD NEONATAL						TOTAL
		ASFIXIA	SX. DISTRES	MALF. CONGE NITA	INFECCION	OTROS	MUERTA SUBITA	
MBPN (500-1499)	1	1	6	0	0	0	0	8
	12.5%	12.5%	75.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	22.2%
BPN (1500-2499)	6	0	3	1	1	1	0	12
	50.0%	0.0%	25.0%	8.3%	8.3%	8.3%	0.0%	33.3%
PN (>2500)	10	6	0	0	0	0	0	16
	62.5%	37.5%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	44.4%
TOTAL	17	7	9	1	1	1	0	36
	47.2%	19.4%	25.0%	2.8%	2.8%	2.8%	0.0%	100.0%

Un 44.4% de las muertes neonatales (16) estuvo asociado a productos con pesos al nacer de 2500 gramos o más; de ellos un 37.5% de las muertes neonatales (6) se debió a problemas de carácter respiratorio, en buena medida asociada a dificultades en el proceso de atención del recién nacido normal, a la atención del recién nacido en la comunidad por personas no capacitadas, a problemas de accesibilidad a los servicios de salud, a inadecuados hábitos y estilo de vida relacionado al cuidado de la salud de la mujer y de la gestante, a la autoestima personal, al modo de pensamiento sobre el proceso salud-enfermedad en la comunidad, entre otros.



Tabla N° 08.- Matriz BABIES: Muertes Perinatales según Peso al Nacer y Edad de Fallecimiento, Red Canas Canchis Espinar- DIRESA Cusco, 2007

PESO DENOMINACION	OBITO FETAL		TIEMPO DE VIDA DEL RN			TOTAL
	ANTEPARTO	INTRAPARTO	< DE 24 H	1 A 7 DIAS	8 A 28 DIAS	
MBPN (500-1499)	12	1	3	0	2	18
	66.7%	5.6%	16.7%	0.0%	11.1%	14.5%
BPN (1500-2499)	12	7	6	5	4	34
	35.3%	20.6%	17.6%	14.7%	11.8%	27.4%
PN (>2500)	18	21	10	5	18	72
	25.0%	29.2%	13.9%	6.9%	25.0%	58.1%
TOTAL	42	29	19	10	24	124
	33.9%	23.4%	15.3%	8.1%	19.4%	100.0%

La matriz nos muestra que un 58.1% de las muertes perinatales (72) en la Red Canas Canchis Espinar se están dando en productos con pesos al nacer de 2500 gramos o más; de los cuales un 45.8% (33) de las muertes ocurren en etapa neonatal.

De las 72 muertes neonatales y en productos con pesos de 2500 gramos o más al nacer (59.8% de la muertes neonatales), el 25% de las muertes estan dandose en el periodo de 8-28 dias después del nacimiento; un 13.9% de estas muertes neonatales se están dando en las primeras 24 horas; y el restante 6.9% de las muertes se dan en el periodo de 1-7 días. Asimismo un 27.4% de las muertes neonatales se estan dando en productos con pesos al nacer de 1500-2499 gramos. Estas cifras nos muestran que existen niveles de intervención sanitaria para evitar las muertes neonatales, asociados a un mejoramiento de la capacidad resolutive de los establecimientos de salud –que potencialmente requiere establecer un punto de entrega de servicio para atender urgencias y emergencias medicoquirurgicas y particularmente neonatales obstetricas en la Capital de la Provincia de Espinar, dado que la mortalidad materna es otro problema de importancia-, mejoramiento de las competencias del personal de salud en la atención normal del parto y del recién nacido así como en la reanimación neonatal, mejoramiento de las coberturas de atención del parto y del recién nacido en la institución, mejoramiento del aseguramiento a travpés del Seguro Integral de Salud, mejoramiento del sistema de referencia y contrareferencia desde el nivel comunal que debe incluir la vigilancia de riesgos maternos y neonatales, entre otros.

Tabla N° 09.- Muertes Perinatales según Peso al Nacer y Causa de Mortalidad, Red Canas Canchis Espinar- DIRESA Cusco, 2007

PESO DENOMINACION	TOTAL OBITO	CAUSAS DE MORTALIDAD NEONATAL						TOTAL
		ASFIXIA	SX. DISTRES	MALF. CONGE NITA	INFECCION	OTROS	MUERTA SUBITA	
MBPN (500-1499)	13	2	2	0	1	0	0	18
	72.2%	11.1%	11.1%	0.0%	5.6%	0.0%	0.0%	14.5%
BPN (1500-2499)	19	8	3	0	0	3	1	34
	55.9%	23.5%	8.8%	0.0%	0.0%	8.8%	2.9%	27.4%
PN (>2500)	39	27	0	2	2	2	0	72
	54.2%	37.5%	0.0%	2.8%	2.8%	2.8%	0.0%	58.1%
TOTAL	71	37	5	2	3	5	1	124
	57.3%	29.8%	4.0%	1.6%	2.4%	4.0%	0.8%	100.0%

Un 58.1% de las muertes neonatales (72) estuvo asociado a productos con pesos al nacer de 2500 gramos o más; de ellos un 37.5% de las muertes neonatales (27) se debió a problemas de carácter respiratorio, especialmente asociados a procesos de atención del recién nacido normal en los establecimientos de salud y en la comunidad por personas no capacitadas, a inadecuados hábitos y



estilo de vida relacionado al cuidado de la salud de la gestante y del recién nacido, a la autoestima personal, entre otros.

Tabla N° 10.- Matriz BABIES: Muertes Perinatales según Peso al Nacer y Edad de Fallecimiento, Red La Convención- DIRESA Cusco, 2007

PESO DENOMINACION	OBITO FETAL		TIEMPO DE VIDA DEL RN			TOTAL
	ANTEPARTO	INTRAPARTO	< DE 24 H	1 A 7 DIAS	8 A 28 DIAS	
MBPN (500-1499)	7	2	7	3	0	19
	36.8%	10.5%	36.8%	15.8%	0.0%	32.2%
BPN (1500-2499)	5	0	2	0	2	9
	55.6%	0.0%	22.2%	0.0%	22.2%	15.3%
PN (>2500)	16	4	2	6	3	31
	51.6%	12.9%	6.5%	19.4%	9.7%	52.5%
TOTAL	28	6	11	9	5	59
	47.5%	10.2%	18.6%	15.3%	8.5%	100.0%

La matriz nos muestra que un 52.5% de las muertes perinatales (31) en la Red La Convención se están dando en productos con pesos al nacer de 2500 gramos o más; de los cuales un 35.6% (11) de las muertes ocurren en etapa neonatal.

De las 31 muertes neonatales y en productos con pesos de 2500 gramos o más al nacer (19.4% de las muertes neonatales), un 9.7% de las muertes están dándose en el periodo de 1-27 días después del nacimiento; otro 6.5% de estas muertes neonatales se están dando en las primeras 24 horas; y el restante 9.7% de las muertes se dan en el periodo de 8-28 días. Asimismo un 15.3% de las muertes neonatales se están dando en productos con pesos al nacer de 1500-2499 gramos. Muchas de estas muertes neonatales pueden ser evitables en la Red La Convención para lo que se requiere fortalecer acciones relacionadas a mejoramiento de la accesibilidad (social, económica, cultural y geográfica) a los establecimientos de salud, fortalecimiento de la capacidad resolutoria, mejoramiento de las habilidades y destrezas del personal de salud en la atención normal del parto y del recién nacido así como en la reanimación neonatal, mejoramiento de las coberturas de atención del parto y del recién nacido en la institución, mejoramiento del aseguramiento a través del Seguro Integral de Salud, mejoramiento del sistema de referencia y contrareferencia desde el nivel comunal que debe incluir la vigilancia de riesgos maternos y neonatales, entre otros.

Tabla N° 11.- Muertes perinatales según Peso al Nacer y Causa de Mortalidad, Red La Convención- DIRESA Cusco, 2007

PESO DENOMINACION	TOTAL OBITO	CAUSAS DE MORTALIDAD NEONATAL						TOTAL
		ASFIXIA	SX. DISTRES	MALF. CONGENITA	INFECCION	OTROS	MUERTA SUBITA	
MBPN (500-1499)	9	1	7	1	1	0	0	19
	47.4%	5.3%	36.8%	5.3%	5.3%	0.0%	0.0%	32.2%
BPN (1500-2499)	5	0	2	0	1	1	0	9
	55.6%	0.0%	22.2%	0.0%	11.1%	11.1%	0.0%	15.3%
PN (>2500)	20	2	3	0	4	2	0	31
	64.5%	6.5%	9.7%	0.0%	12.9%	6.5%	0.0%	52.5%
TOTAL	34	3	12	1	6	3	0	59
	57.6%	5.1%	20.3%	1.7%	10.2%	5.1%	0.0%	100.0%

Un 52.5% de las muertes neonatales (31) estuvo asociado a productos con pesos al nacer de 2500 gramos o más; de ellos un 6.5% de las muertes neonatales (2) se debió a problemas de carácter respiratorio, especialmente asociados a procesos de atención del recién nacido normal en los



establecimientos de salud y en la comunidad por personas no capacitadas, a inadecuados hábitos y estilo de vida relacionado al cuidado de la salud de la gestante y del recién nacido, a la autoestima personal, entre otros.

Tabla N° 12.- Matriz BABIES: Muertes Perinatales según Peso al Nacer y Edad de Fallecimiento, Hospital Regional- DIRESA Cusco, 2007

PESO DENOMINACION	OBITO FETAL		TIEMPO DE VIDA DEL RN			TOTAL
	ANTEPARTO	INTRAPARTO	< DE 24 H	1 A 7 DIAS	8 A 28 DIAS	
MBPN (500-1499)	9	0	7	17	7	40
	22.5%	0.0%	17.5%	42.5%	17.5%	34.5%
BPN (1500-2499)	7	2	6	21	8	44
	15.9%	4.5%	13.6%	47.7%	18.2%	37.9%
PN (>2500)	9	4	2	9	8	32
	28.1%	12.5%	6.3%	28.1%	25.0%	27.6%
TOTAL	25	6	15	47	23	116
	21.6%	5.2%	12.9%	40.5%	19.8%	100.0%

La matriz BABIES del Hospital Regional del Cusco nos muestra que 32 de las muertes perinatales han ocurrido en productos con peso al nacer de 2500 gramos o más (27.6% del total de muertes perinatales); de los cuales 32 de estas muertes ocurren en etapa neonatal.

De las 32 muertes neonatales en productos con pesos de 2500 gramos o más al nacer (27.6% de las muertes neonatales), un 25% de las muertes están dándose en el periodo de 8-28 días después del nacimiento; otro 48.1% de estas muertes neonatales se están dando en el periodo de 1-27 días, y el restante 6.3% de las muertes se dan en las primeras 24 horas.

Asimismo un 37.9% y un 34.5% de las muertes neonatales se están dando en productos con pesos al nacer de 1500-2499 gramos y de 500-1499 gramos respectivamente; explicable en tanto que una buena proporción de estos casos corresponden a pacientes que han sido referidos de establecimientos de salud periféricos por su condición de ser Hospital de Referencia Regional. Muchas de estas muertes neonatales pueden ser evitables desde el cuidado de la salud del recién nacido que implica mejorar la identificación de signos de alarma en el recién nacido, mejorar la capacidad resolutoria de los establecimientos de salud, mejoramiento de la oportunidad en el sistema de referencia y contrareferencia de base comunal, mejoramiento de la equidad en el aseguramiento del Seguro Integral de Salud, entre otros.

Tabla N° 13.- Muertes perinatales según Peso al Nacer y Causa de Mortalidad, Hospital Regional- DIRESA Cusco, 2007

PESO DENOMINACION	TOTAL OBITO	CAUSAS DE MORTALIDAD NEONATAL						TOTAL
		ASFIXIA	SX. DISTRES	MALF. CONGE NITA	INFECCION	OTROS	MUERTA SUBITA	
MBPN (500-1499)	9	0	23	2	5	1	0	40
	22.5%	0.0%	57.5%	5.0%	12.5%	2.5%	0.0%	34.5%
BPN (1500-2499)	9	2	18	8	5	2	0	44
	20.5%	4.5%	40.9%	18.2%	11.4%	4.5%	0.0%	37.9%
PN (>2500)	13	2	4	7	5	1	0	32
	40.6%	6.3%	12.5%	21.9%	15.6%	3.1%	0.0%	27.6%
TOTAL	31	4	45	17	15	4	0	116
	26.7%	3.4%	38.8%	14.7%	12.9%	3.4%	0.0%	100.0%



Un 27.6% de las muertes neonatales (32) estuvo asociado a productos con pesos al nacer de 2500 gramos o más; de ellos un 6.3% de las muertes neonatales (2) se debió a problemas de carácter respiratorio, otro llamativo 15.6% tiene como causa de muerte la infección, situación ultima esta que debe considerarse para evaluar las condiciones y los procesos de atención integral del recién nacido, tanto en el Hospital como en los lugares de referencia de pacientes que permita superar esta situación poco usual en otros ámbitos sanitarios de la DIRESA Cusco, explicable en parte por la condición de ser Hospital de Referencia Regional.

Tabla N° 14.- Matriz BABIES: Muertes Perinatales según Peso al Nacer y Edad de Fallecimiento, Hospital Antonio Lorena- DIRESA Cusco, 2007

PESO DENOMINACION	OBITO FETAL		TIEMPO DE VIDA DEL RN			TOTAL
	ANTEPARTO	INTRAPARTO	< DE 24 H	1 A 7 DIAS	8 A 28 DIAS	
MBPN (500-1499)	11	5	5	16	5	42
	26.2%	11.9%	11.9%	38.1%	11.9%	43.8%
BPN (1500-2499)	9	0	2	8	5	24
	37.5%	0.0%	8.3%	33.3%	20.8%	25.0%
PN (>2500)	22	0	3	5	0	30
	73.3%	0.0%	10.0%	16.7%	0.0%	31.3%
TOTAL	42	5	10	29	10	96
	43.8%	5.2%	10.4%	30.2%	10.4%	100.0%

La matriz BABIES del Hospital Antonio Lorena del Cusco nos muestra que 30 de las muertes perinatales han ocurrido en productos con peso al nacer de 2500 gramos o más (31.3% del total de muertes perinatales); de los cuales un 55.9% (8) de estas muertes ocurren en etapa neonatal.

De las 30 muertes neonatales en productos con pesos de 2500 gramos o más al nacer (33.9% de las muertes neonatales), un 16.7% de las muertes están dándose en el periodo de 1-7 días después del nacimiento; otro 0.0% de estas muertes neonatales se están dando en el periodo de 8-28 días, y el restante 10.0% de las muertes se dan en las primeras 24 horas.

Asimismo un 25.0% y un 43.8% de las muertes neonatales se están dando en productos con pesos al nacer de 1500-2499 gramos y de 500-1499 gramos respectivamente; explicable en tanto que una buena proporción de estos casos corresponden a pacientes que han sido referidos de establecimientos de salud periféricos por su condición de ser Hospital de Referencia Regional.

Muchas de estas muertes neonatales pueden ser evitables desde el cuidado de la salud del recién nacido que implica mejorar la identificación de signos de alarma en el recién nacido desde el nivel local, mejorar la capacidad resolutoria de los establecimientos de salud, mejoramiento de la oportunidad en el sistema de referencia y contrareferencia de base comunal, mejoramiento de la equidad en el aseguramiento del Seguro Integral de Salud, entre otros.



Tabla N° 15.- Muertes perinatales según Peso al Nacer y Causa de Mortalidad, Hospital Antonio Lortena- DIRESA Cusco, 2007

PESO DENOMINACION	TOTAL OBITO	CAUSAS DE MORTALIDAD NEONATAL						TOTAL
		ASFIXIA	SX. DISTRES	MALF. CONGENITA	INFECCION	OTROS	MUERTA SUBITA	
MBPN (500-1499)	16	0	15	2	9	0	0	42
	38.1%	0.0%	35.7%	4.8%	21.4%	0.0%	0.0%	43.8%
BPN (1500-2499)	9	1	3	2	9	0	0	24
	37.5%	4.2%	12.5%	8.3%	37.5%	0.0%	0.0%	25.0%
PN (>2500)	22	4	0	4	0	0	0	30
	73.3%	13.3%	0.0%	13.3%	0.0%	0.0%	0.0%	31.3%
TOTAL	47	5	18	8	18	0	0	96
	49.0%	5.2%	18.8%	8.3%	18.8%	0.0%	0.0%	100.0%

Un 31.3% de las muertes neonatales (30) estuvo asociado a productos con pesos al nacer de 2500 gramos o más; de ellos un importante 18.8% de las muertes neonatales (18) se debió a problemas de carácter infeccioso; otro 8.3% estuvo asociado a malformaciones congénitas, y un 21% a afecciones de carácter respiratorio; debiéndose revisarse los procesos de atención integral del recién nacido en términos de capacidad resolutoria y oportunidad del sistema de referencia y contrareferencia.

Tabla N° 16.- Matriz BABIES: Muertes Perinatales según Peso al Nacer y Edad de Fallecimiento, Kimbiri-Pichari- DIRESA Cusco, 2007

PESO DENOMINACION	OBITO FETAL		TIEMPO DE VIDA DEL RN			TOTAL
	ANTEPARTO	INTRAPARTO	< DE 24 H	1 A 7 DIAS	8 A 28 DIAS	
MBPN (500-1499)	1	2	3	0	0	6
	16.7%	33.3%	50.0%	0.0%	0.0%	26.1%
BPN (1500-2499)	2	0	4	0	0	6
	33.3%	0.0%	66.7%	0.0%	0.0%	26.1%
PN (>2500)	3	2	3	2	1	11
	27.3%	18.2%	27.3%	18.2%	9.1%	47.8%
TOTAL	6	4	10	2	1	23
	26.1%	17.4%	43.5%	8.7%	4.3%	100.0%

Tabla N ° 17.- Muertes perinatales según Peso al Nacer y Causa de Mortalidad, Red Kimbiri-Pichari , 2007

PESO DENOMINACION	TOTAL OBITO	CAUSAS DE MORTALIDAD NEONATAL						TOTAL
		ASFIXIA	SX. DISTRES	MALF. CONGENITA	INFECCION	OTROS	MUERTA SUBITA	
MBPN (500-1499)	3	0	3	0	0	0	0	6
	50.0%	0.0%	50.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	26.1%
BPN (1500-2499)	2	0	4	0	0	0	0	6
	33.3%	0.0%	66.7%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	26.1%
PN (>2500)	5	3	2	0	0	1	0	11
	45.5%	27.3%	18.2%	0.0%	0.0%	9.1%	0.0%	47.8%
TOTAL	10	3	9	0	0	1	0	23
	43.5%	13.0%	39.1%	0.0%	0.0%	4.3%	0.0%	100.0%



Tabla N° 18.- Matriz BABIES: Muertes Perinatales según Peso al Nacer y Edad de Fallecimiento, Red ESSALUD Cusco, 2007

PESO DENOMINACION	OBITO FETAL		TIEMPO DE VIDA DEL RN			TOTAL
	ANTEPARTO	INTRAPARTO	< DE 24 H	1 A 7 DIAS	8 A 28 DIAS	
MBPN (500-1499)	0	0	1	1	0	2
	0.0%	0.0%	50.0%	50.0%	0.0%	22.2%
BPN (1500-2499)	0	0	3	1	0	4
	0.0%	0.0%	75.0%	25.0%	0.0%	44.4%
PN (>2500)	0	1	2	0	0	3
	0.0%	33.3%	66.7%	0.0%	0.0%	33.3%
TOTAL	0	1	6	2	0	9
	0.0%	11.1%	66.7%	22.2%	0.0%	100.0%

La matriz BABIES de la Red ESSALUD Cusco para el 2004, nos muestra que han reportado un total de 9 muertes perinatales, 3 de los cuales se han dado en productos con peso al nacer de 2500 gramos o más. Se reportaron un total de 2 muertes neonatales, todos con peso al nacer de 2500 gramos o más.

Tabla N° 19.- Muertes perinatales según Peso al Nacer y Causa de Mortalidad, Red ESSALUD Cusco, 2007

PESO DENOMINACION	TOTAL OBITO	CAUSAS DE MORTALIDAD NEONATAL						
		ASFIXIA	SX. DISTRES	MALF. CONGE NITA	INFECCION	OTROS	MUERTA SUBITA	TOTAL
MBPN (500-1499)	0	0	2	0	0	0	0	2
	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	22.2%
BPN (1500-2499)	0	0	0	3	0	1	0	4
	0.0%	0.0%	0.0%	75.0%	0.0%	25.0%	0.0%	44.4%
PN (>2500)	1	1	0	1	0	0	0	3
	33.3%	33.3%	0.0%	33.3%	0.0%	0.0%	0.0%	33.3%
TOTAL	1	1	2	4	0	1	0	9
	11.1%	11.1%	22.2%	44.4%	0.0%	11.1%	0.0%	100.0%

Llama la atención el reporte de solo 9 muertes perinatales realizada por la Red ESSALUD Cusco, hecho que en gran medida estaría explicado por la alta capacidad resolutive existente en su Hospital Nacional del Sur de la ciudad del Cusco, la accesibilidad a los servicios de salud de sus usuarios, adecuada implementación tecnológica del Servicio de Neonatología, entre otros; sin embargo se hace necesario de que se revise el nivel de subregistro que pudiera estar existiendo sobre todo a nivel de los centros perifericos de atención de la Red Asistencial de ESSALUD Cusco.



BIBLIOGRAFIA

1. CUETO, Marcos. El regreso de las epidemias. Salud y Sociedad en el Perú del Siglo XX. Editorial IEP (Instituto de Estudios Peruanos). Agosto 1997.
2. MINISTERIO DE SALUD. Interculturalidad en la Atención de la . Estudio Socio Antropológico de Enfermedades que cursan con Síndrome Icterohemorrágico en Ayacucho y Cusco. Ministerio de salud, OGE, Proyecto Vigia, Lima 2001.
3. ASOCIACION ARARIWA. Testimonio tomado de reconociendo nuestra tradición. Cusco 1983.
4. MINISTERIO DE SALUD. Informe Operacional de Actividades 2004 de la Estrategia Sanitaria de Control de la Malaria, Cusco 2005.
5. CHWATT, Bruce. El costo de la malaria y su control en relación con la realidad socio económica. Boletín Oficina Sanitaria Panamericana, 1978
6. MINISTERIO DE SALUD. Dirección Regional de salud Cusco. Oficina de Estadística e Informática. Estimaciones de población por grupos de edad, según Direcciones de salud , provincias y distritos 1992-2004.
7. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA E INFORMATICA DEL PERU. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES 2000 Cusco y ENDES 2000 Perú.
8. MINISTERIO DE SALUD. Lineamientos de Política Sectorial para el Periodo 2002-2012 y Principios Fundamentales para el Plan Estratégico Sectorial del Quinquenio Agosto 2001-2006, Lima 2002.
9. DIRECCION REGIONAL DE SALUD CUSCO. Dirección de Epidemiología. Análisis de Situación de Salud 2005.
10. DIRECCION REGIONAL DE SALUD CUSCO. Dirección de Epidemiología. Análisis de Situación de Salud 2003.
11. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA E INFORMATICA DEL PERU. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Censos Nacionales 1993. IX de Población y IV de Vivienda Perú. Resultados definitivos a nivel provincial y distrital Departamento Cusco y Provincias.
12. MINISTERIO DE SALUD. Hospital Antonio Lorena. Análisis de la Situación de Salud 2002 Y 2006.
13. MINISTERIO DE SALUD. Hospital Regional del Cusco. Análisis de la Situación de Salud 2006.
14. MINISTERIO DE SALUD. Oficina de Estadística e Informática. Resultados Estadísticos de la Morbimortalidad del Departamento Cusco 2002.
15. MINISTERIO DE SALUD. Dirección Regional de Salud Cusco. Programa Ampliado de Inmunizaciones. Evaluación Operacional de Actividades. Resultados sobre Coberturas Vacunales 1998-2006.
16. MINISTERIO DE SALUD. Presentaciones de las Evaluaciones Operacionales 2004 de los órganos ejecutivos, de asesoría, y de apoyo de la DIRESA Cusco (Versión en Power Point) 2007.
17. MINISTERIO DE SALUD. Oficina General de Epidemiología. Bases para el ASIS 2001.
18. MINISTERIO DE SALUD. Oficina General de Epidemiología. Análisis de la Situación de Salud en el Perú.
19. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA E INFORMATICA. Conociendo Cusco.
20. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA E INFORMATICA. Almanaque de L Cusco, 2004.
21. PROGRAMA DE LAS NACIONES UNIDAS PARA EL DESARROLLO - PNUD. Informe de Desarrollo Humano, Perú 2007.
22. FONCODES, Mapa de Pobreza en el Perú 2000.

