

Demoras en la atención materno-neonatal: evaluación cualitativa de muertes neonatales en establecimientos de referencia del Ministerio de Salud en Perú

Atrasos na atenção materna e neonatal: avaliação qualitativa de mortes neonatais em estabelecimentos de referências do Ministério da Saúde no Peru

Delays in maternal-neonatal care: qualitative assessment of neonatal deaths in reference health facilities of the Peruvian Ministry of Health

Raquel Hurtado-La Rosa

Programa de Apoyo a la Reforma del Sector Salud (PARSALUD II),
Lima, Perú

Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Perú

Lourdes Kusunoki-Fuero

Programa de Apoyo a la Reforma del Sector Salud (PARSALUD II),
Lima, Perú

Jesús Eduardo Peinado-Rodríguez

Programa de Apoyo a la Reforma del Sector Salud (PARSALUD II),
Lima, Perú

José Enrique Velásquez-Hurtado

Programa de Apoyo a la Reforma del Sector Salud (PARSALUD II),
Lima, Perú

Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Perú

Walter Eduardo Vigo-Valdez

Programa de Apoyo a la Reforma del Sector Salud (PARSALUD II),
Lima, Perú

Ángel Martín Rosas-Aguirre

Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Perú

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: Para acelerar el descenso de la mortalidad de la niñez se debe enfrentar con éxito la mortalidad neonatal mediante la implementación de intervenciones oportunas y efectivas. **OBJETIVOS:** Identificar mediante una evaluación cualitativa potenciales retrasos y fallos en la atención materno-neonatal de neonatos fallecidos entre julio y diciembre del 2011 en Huánuco y Ucayali, Perú. **MATERIALES Y MÉTODOS:** Estudio cualitativo que incluyó 22 entrevistas en profundidad a madres de neonatos fallecidos en el periodo de estudio, usando una guía semi-estructurada basada en el cuestionario estándar de autopsia verbal recomendada por la Organización Mundial de la Salud. La entrevista incluyó además preguntas para identificar retrasos en la atención siguiendo el modelo de las tres demoras: a) en la toma de decisión para la búsqueda de atención; b) en la búsqueda de atención por limitado acceso a los servicios de salud; y c) en la misma atención en los servicios de salud. **RESULTADOS:** La mayoría de los retrasos fueron en la misma atención, asociados a fallos en prácticas materno-neonatales clave: valoración del trabajo de parto, atención del parto, diagnóstico del recién nacido y manejo del recién nacido sano y con complicaciones. **CONCLUSIÓN:** El estudio ha identificado retrasos y fallos frecuentes en la atención materno-neonatal en los mismos servicios de salud estudiados que requieren acciones correctivas para la reducción en la mortalidad neonatal.

Palabras clave: Recién Nacido; Mortalidad Neonatal Precoz; Causas de Muerte; Investigación Cualitativa; Prevención y Control.

INTRODUCCIÓN

El Perú ha tenido una reducción de la mortalidad infantil de 57 muertes por 1.000 nacidos vivos en 1988 a 16 muertes por 1.000 nacidos vivos en 2011 (más del 70% de reducción)¹. Sin embargo, la mortalidad en niños recién nacidos (hasta 28 días de vida) no ha tenido la misma velocidad de disminución, representando actualmente alrededor del 50% de las muertes que ocurren en niños menores de 1 año de edad². Para lograr un mayor descenso de la mortalidad durante este período temprano de vida se requieren intervenciones en las comunidades y en los servicios de salud, que sean oportunas y efectivas³.

Aunque algunas veces disponemos de información que permite estimar el número de muertes neonatales que ocurren en un lugar, esta información generalmente es insuficiente para entender el problema, las cifras no reflejan las razones por las cuales los recién nacidos mueren y menos por qué estas muertes siguen ocurriendo si al parecer disponemos de las herramientas tecnológicas y humanas para evitarlo^{4,5}. Así, es importante identificar los factores subyacentes de esas muertes, de manera que a partir de su conocimiento y caracterización podamos mejorar el diseño e implementación de intervenciones efectivas en el cuidado materno-neonatal^{6,7}.

La investigación cualitativa representa una estrategia metodológica apropiada para comprender problemas complejos y multidimensionales (como las muertes materna y neonatal), no solo porque complementa y profundiza los hallazgos obtenidos desde el enfoque

Correspondencia / Correspondência / Correspondence:

José Enrique Velásquez-Hurtado

Av. Paso de los Andes, 681. Pueblo Libre, Lima 21 - Perú

Tel.: (511) 998674127 Fax: (511) 611-8181 Anexo 210

E-mail: jose.velasquez@upch.pe

cuantitativo, sino porque permite el abordaje y descripción de dichos problemas desde las voces de los actores que lo han vivido^{8,9}.

Tanto en la investigación cualitativa, como en la cuantitativa se requiere un modelo conceptual que guíe la identificación de factores (y sus relaciones entre sí) relacionados a un desenlace adverso (enfermedad, incapacidad, muerte)¹⁰. El modelo conceptual de "las tres demoras", desarrollado inicialmente en el análisis de la mortalidad materna¹¹, ha sido usado recientemente en el estudio de muertes neonatales^{12,13}. Se basa en la identificación de cualquier escollo que haya causado retrasos en la atención, pues cualquier situación que signifique dicho retraso, puede costar la vida del neonato. Los retrasos estarían relacionados al reconocimiento de los signos de peligro o en la no decisión de buscar ayuda pese a identificar los signos de peligro en el neonato (retraso 1), en las dificultades de acceso al sitio de atención (retraso 2), y/o por deficiencias en la calidad de la atención en el sistema de salud (retraso 3)¹⁴.

En el marco de la Segunda Fase del Programa de Apoyo a la Reforma del Sector Salud (PARSALUD II), en apoyo al Ministerio de Salud del Perú (MSP), que persigue la reducción de la mortalidad materna, neonatal y la desnutrición crónica infantil en las zonas rurales de los departamentos más pobres del país¹⁵; se realizó el presente estudio con el objetivo de identificar y describir potenciales retrasos y/o fallos en el cuidado y atención en el domicilio y en los servicios de salud de recién nacidos fallecidos en las regiones de Huánuco y Ucayali. Esta información viene siendo insumo importante en la formulación de propuestas de intervención que apuntan a mejorar el cuidado materno y neonatal en ambas regiones.

MATERIALES Y MÉTODOS

DISEÑO Y LUGAR DE ESTUDIO

Estudio cualitativo realizado de septiembre a noviembre de 2012 en las regiones Huánuco y Ucayali (Figura 1). Huánuco con una población estimada al 2011 de 834.054 habitantes sobre una superficie de 36.850 km², es un departamento situado en la región centro oriental del país¹⁶. Aproximadamente el 54,7% de sus habitantes vive en situación de pobreza. Por su parte, Ucayali situado al este de Huánuco, tiene una población estimada al 2011 de 471.351 habitantes sobre una superficie de 102.411 km². Su población viviendo en pobreza (21,7%) es bastante menor que la de Huánuco.

POBLACIÓN DE ESTUDIO

De acuerdo a los registros nacionales del MSP, Huánuco reportó 10.886 recién nacidos vivos y 158 muertes neonatales en el 2011 equivalente a una tasa de 14,5 muertes por 1.000 nacidos vivos, mientras que Ucayali reportó 11.441 recién nacidos vivos y 138 muertes neonatales representando una tasa de 12,1 muertes por 1.000 nacidos vivos.



Figura 1 – Ámbito de estudio: regiones Huánuco y Ucayali

De julio a diciembre del 2011, el equipo de investigación revisó todos los registros de neonatos fallecidos en las Direcciones Regionales de Salud (DIRESA) de Huánuco y Ucayali, así como historias clínicas disponibles en los servicios de neonatología de los establecimientos de referencia del MSP en las regiones de estudio. Los establecimientos de referencia son: Hospital Regional Hermilio Valdizán (HRHV) y Hospital Tingo María (HTM) en Huánuco, y Hospital Regional de Pucallpa (HRP) y Hospital Amazónico de Yarinacocha (HAY) en Ucayali. Se identificaron 90 muertes neonatales en el periodo estudiado y hasta seis categorías en los neonatos fallecidos considerando su lugar de nacimiento, su lugar de defunción y la condición de alta hospitalaria o no del niño post nacimiento: categoría 1, neonatos que nacieron y fallecieron en el hospital; categoría 2, neonatos que nacieron en el hospital, fueron dados de alta y regresaron al hospital donde fallecieron; categoría 3, neonatos que nacieron en un establecimiento de salud y/o hospital y fueron transferidos a otro hospital donde fallecieron; categoría 4, neonatos que nacieron en el domicilio y fallecieron en un hospital; categoría 5, neonatos que nacieron en un establecimiento de salud y fallecieron en trayecto a un hospital; y, categoría 6, neonatos que nacieron y fallecieron en el domicilio.

RECOLECCIÓN DE DATOS

Se pretendió entrevistar a un mínimo de 24 madres de neonatos fallecidos, quienes fueron seleccionadas

intencionalmente con el propósito de contar con dos hogares, como mínimo, por categoría de neonatos fallecidos en Pucallpa y en Ucayali y tener diversidad en algunas variables importantes durante la gestación (cumplimiento del control prenatal), parto (vía, edad gestacional al nacer) y causa probable de mortalidad. En cada hogar, previo consentimiento informado escrito, personal con experiencia en estudios cualitativos realizó entrevistas en profundidad a las madres de los fallecidos siguiendo una guía semi-estructurada previamente validada por juicio de expertos y en campo.

La guía estuvo basada en el cuestionario estándar de autopsia verbal sugerido por la Organización Mundial de la Salud (OMS)¹⁷, e incluyó datos de identificación de la madre, antecedentes del neonato (fechas de nacimiento y defunción, lugar de defunción), y preguntas sobre el cuidado y complicaciones durante el embarazo (cuidados prenatales, infección, sangrado, otros), el trabajo y atención del parto (lugar de atención, tipo de parto, duración del mismo), las primeras horas del neonato (capacidad para respirar, llorar y/o succionar, etc.), y las circunstancias en las que se produjo la muerte (estado del neonato, lugar de atención, procesos específicos durante la atención, percepción sobre cuidados recibidos, etc.).

MODELO DE LAS TRES DEMORAS

Adicionalmente, el equipo investigador incluyó preguntas para identificar retrasos en la atención siguiendo el modelo de las tres demoras¹⁴: a) *retraso 1 relacionado a la toma de decisión para la búsqueda de atención*: ¿se reconoció el problema en el neonato con prontitud? Cuando reconoció el problema, ¿tomó la decisión de solicitar atención médica?; b) *retraso 2 relacionado al acceso limitado a los servicios de salud*: ¿Hubo demora en la atención una vez que decidió solicitarla? ¿Esta demora se debió a inadecuada accesibilidad geográfica o fue otro el motivo? ¿Fue por factores económicos?; y, c) *retraso 3 en la misma atención*: Una vez que el neonato accede a los servicios de salud, ¿la atención prestada es oportuna y de calidad?

Las entrevistas tuvieron una duración de 60 a 90 min, y fueron grabadas digitalmente para luego ser transcritas completamente; sin embargo, también se registraron las respuestas en forma resumida en una ficha de datos con estructura similar a la guía de la entrevista. Dos investigadores estuvieron a cargo del análisis cualitativo de contenido de las entrevistas. Según Krippendorff¹⁸ el análisis de contenido provee información para una buena descripción e interpretación de los componentes semánticos y formales del mensaje, y facilita la inferencia a partir de los datos reunidos. La técnica sitúa al investigador respecto de la realidad en una triple perspectiva: a) los datos tal y como se comunican al investigador; b) el contexto de los datos; y c) la forma en que el conocimiento y/o experiencia de los investigadores obliga a descomponer la realidad y luego a clasificar sus componentes¹⁸. En el caso del estudio, la tercera perspectiva fue favorecida por la existencia del modelo conceptual de las tres demoras¹⁴.

CLASIFICACIÓN DE FALLOS EN LA ATENCIÓN Y DETERMINACIÓN DE LA CAUSA BÁSICA

La identificación de procesos en el cuidado materno-neonatal permitió clasificar los fallos en el cuidado y atención de los recién nacidos en cuatro grupos: a) fallos en el diagnóstico prenatal; b) fallos en el diagnóstico al nacimiento; c) fallos en el manejo hospitalario; y/o d) fallos en el seguimiento de los recién nacidos. En forma similar, el análisis considerando las causas básicas más probables de mortalidad neonatal permitió determinar si el desenlace fatal era potencialmente evitable. Se definió como causa básica a la enfermedad que inició el proceso mórbido y que llevó directamente a la muerte, siguiendo el procedimiento estándar recomendado por la OMS¹⁹. Una muerte evitable fue definida como aquella que pudo ser evitada mediante medidas preventivas y/o apropiadas prácticas de cuidado en el hogar y/o en los establecimientos de salud. La información de las entrevistas con las madres fue triangulada con la información de los registros de las muertes neonatales y de las historias clínicas (cuando estaba disponible) con la intención de precisar mejor el tipo retraso y/o fallo en la atención del neonato, así como la causa básica probable de muerte. Por otro lado, el control prenatal (CP) fue categorizado según el número de controles asistidos en nunca (ningún control), sub-óptimo (hasta seis controles) y óptimo (siete o más controles); y según su inicio en temprano (antes de los tres meses de gestación) y tardío (después de los tres meses de gestación).

El presente estudio formó parte de una línea de base previa a una intervención en Salud Pública liderada por el MSP. Luego de explicar a cada madre la importancia y metodología del estudio, se solicitó el consentimiento escrito respectivo. La confidencialidad fue protegida en todo momento, siendo las grabaciones y transcripciones de acceso exclusivo a los investigadores encargados de hacer el análisis cualitativo, y separando la información personal de aquella necesaria para el análisis.

RESULTADOS

Del total de 89 madres (90 muertes neonatales) identificadas en el periodo estudiado, se ubicaron 57 (64,0%) usando el domicilio consignado en los registros y se les realizó entrevistas en profundidad a 22 (24,7%). Una de las madres tuvo dos neonatos fallecidos producto de un parto gemelar. Más de la mitad de las madres eran mayores de 25 años de edad, con un rango entre los 19 y 40 años; la mayoría tenía nivel de instrucción secundaria (14 madres) o superior (cuatro madres); y sólo cinco madres trabajaban fuera de casa, siendo las restantes amas de casa. En Huánuco, se entrevistaron ocho madres cuyos neonatos pertenecían a las categorías 1, 2 y 4; no fue posible ubicar a las madres de neonatos clasificados en las otras tres categorías. En Ucayali, en cambio se entrevistaron a 14 madres de neonatos; si bien todas las categorías fueron encontradas, en algunas de ellas solo pudo ubicarse a una sola madre.

Tabla 1 – Características de las madres y de las defunciones neonatales evaluadas

N°	Lugar nacido*	Lugar fallecido*	Alta hospitalaria previa	Categoría†	Edad madre	Nivel educativo	Control prenatal‡	Tipo de parto	Peso (g)	Tiempo de vida	Causa más probable de muerte neonatal	Muerte evitable
1	HTM	HTM	No	1	27	Secundaria	S, Ta	Vaginal	<1.500	2 días	Prematuridad	Si
2	HTM	HTM	No	1	30	Secundaria	S, Ta	Cesárea	<1.500	1 día	Prematuridad, sepsis	Si
3	HTM	HTM	Si (1.º día)	2	27	Superior	O, Te	Vaginal	>2.500	18 días	Sepsis	Si
4	HTM	HTM	Si (1.º día)	2	23	Primaria	S, Ta	Vaginal	>2.500	3 días	Sepsis	Si
5	HRHV	HRHV	No	1	35	Secundaria	S, Ta	Vaginal	>2.500	1 hora	Asfixia neonatal	Si
6 y 7	HRHV	HRHV	No	1	21	Secundaria	O, Te	Vaginal (múltiple)	<1.500	<2 horas	Prematuridad	Si
8	Domicilio	HRHV	No	4	39	Primaria	S, Ta	Vaginal	NS/ND§	1 día	Malformación (anencefalia)	No
9	Domicilio	HRHV	No	4	37	Secundaria	O, Te	Vaginal	NS/ND	3 días	Asfixia neonatal	Si
10	HRP	HRP	No	1	24	Secundaria	O, Te	Vaginal	>2.500	3 días	Asfixia neonatal	Si
11	HRP	HRP	No	1	36	Secundaria	Nunca	Vaginal	1.500-2.500	<1 hora	Malformación (anencefalia)	No
12	HRP	HRP	No	1	29	Primaria	S, Ta	Cesárea	>2.500	5 horas	Asfixia neonatal	Si
13	HRP	HRP	No	1	38	Superior	O, Te	Vaginal	1.500-2.500	<1 hora	Prematuridad, hidrops fetal	NS/ND
14	HRP	HRP	Si (1.º día)	2	25	Secundaria	O, Te	Vaginal	>2.500	10 días	Sepsis	Si
15	Domicilio	HRP	No	4	20	Secundaria	Nunca	Vaginal	NS/ND	1 día	Prematuridad	Si
16	HAY	HRP	Transferencia	3	29	Primaria	O, Te	Vaginal	>2.500	19 días	Obstrucción intestinal	Si
17	HAY	HAY	No	1	19	Secundaria	O, Te	Vaginal	1.500-2.500	2 días	Prematuridad	Si
18	HAY	HAY	No	1	24	Secundaria	Nunca	Vaginal	<1.500	1 hora	Prematuridad extrema	No
19	HAY	HAY	No	1	21	Secundaria	O, Te	Cesárea	>2.500	2 días	Sepsis	Si
20	HAY	HAY	No	1	21	Secundaria	O, Te	Vaginal	>2.500	1 día	Cardiopatía congénita cianótica	NS/ND
21	HRP	Trayecto	Si (5.º día)	5	40	Superior	O, Te	Cesárea	>2.500	10 días	Post término, sepsis	Si
22	Domicilio	Domicilio	No	6	26	Secundaria	S, Ta	Vaginal	NS/ND	Minutos	Asfixia neonatal	Si
23	Domicilio	Domicilio	No	6	26	Superior	S, Ta	Vaginal	NS/ND	1 día	Sepsis	Si

* HTM: Hospital Tingo María; HRHV: Hospital Regional Hermito Valdiván; HRP: Hospital Regional de Pucallpa; HAY: Hospital Regional de Yarinacocha; † Categorías de neonatos – 1: neonatos que nacieron y fallecieron en el hospital; 2: neonatos que nacieron en el hospital, fueron dados de alta y regresaron al hospital donde fallecieron; 3: neonatos que nacieron en un establecimiento de salud y/o hospital y fueron transferidos a otro hospital donde fallecieron; 4: neonatos que nacieron en el domicilio y fallecieron en un hospital; 5: neonatos que nacieron en un establecimiento de salud y fallecieron en trayecto a un hospital; 6: neonatos que nacieron y fallecieron en trayecto a un hospital; ‡ Control prenatal – O: óptimo; S: subóptimo; Te: temprano; Ta: tardío; § NS/ND: no se sabe, no se puede determinar.

La tabla 1 presenta las características más importantes de las 23 defunciones neonatales estudiadas. En ocho casos las madres tuvieron un control prenatal subóptimo y tardío y en tres casos no hubo control prenatal. Sólo cuatro (17,4%) neonatos nacieron por cesárea, ocho (34,8%) fueron pretérmino, y cinco (21,7%) tuvieron menos de 1.500 gramos al nacimiento. La mayoría (12, 52,2%) de neonatos falleció en las primeras 48 h luego del parto, y 18 (78,3%) del total de muertes podría haber sido evitada mediante medidas preventivas y/o apropiadas prácticas de cuidado en el hogar y/o en los establecimientos de salud. Las causas más probables de muerte neonatal fueron prematuridad (34,8%), sepsis (26,1%) y asfixia neonatal (21,7%).

La tabla 2 muestra los tipos de retrasos en la atención del neonato fallecido que fueron identificados a partir de la información proporcionada por las

madres en las entrevistas en profundidad. En cuatro (17,4%) niños se evidenciaron retrasos en la toma de decisión para la búsqueda de atención (retraso 1) debido al no reconocimiento de señales de peligro y/o subestimación de los riesgos en cuatro neonatos. En dos (8,7%) casos el retraso en la atención se debió al acceso limitado a los servicios de salud (retraso 2), los dos fueron al momento del parto, por lo que el parto fue en el domicilio. En nueve (39,1%) casos hubo retraso en la atención en los mismos hospitales (retraso 3); y en uno (4,3%) de ellos fue posible evidenciar retrasos en casi todos los procesos de la atención: retrasos administrativos, evaluación obstétrica de la madre, atención del parto, diagnóstico del recién nacido y transferencia del neonato a otro hospital de mayor complejidad. El cuadro 1 además presenta relatos de madres seleccionadas en donde se evidencia la información que permitió la identificación de los retrasos en la atención.

Tabla 2 – Identificación de potenciales retrasos en la atención materna-neonatal

Nº	Lugar nacimiento*	Lugar fallecimiento*	Retraso en la atención materna-neonatal†			Proceso específico con probable retraso
			Retraso 1	Retraso 2	Retraso 3	
1	HTM	HTM	No	No	Si	Atención del parto
2	HTM	HTM	No	No	Si	Diagnóstico del recién nacido, transferencia a HRHV
3	HTM	HTM	No	No	Si	Diagnóstico del recién nacido
4	HTM	HTM	No	No	No	
5	HRHV	HRHV	No	No	Si	Evaluación obstétrica, atención del parto
6 y 7	HRHV	HRHV	No	No	Si	Evaluación obstétrica, atención del parto
8	Domicilio	HRHV	No	Si	No	Acceso al establecimiento de salud
9	Domicilio	HRHV	No	Si	Si	Acceso al establecimiento de salud, evaluación obstétrica
10	HRP	HRP	No	No	No	
11	HRP	HRP	No	No	No	
12	HRP	HRP	No	No	No	
13	HRP	HRP	No	No	No	
14	HRP	HRP	Si	No	No	Toma de decisiones para la búsqueda de atención
15	Domicilio	HRP	Si	No	No	Toma de decisiones para la búsqueda de atención
16	HAY	HRP	No	No	No	
17	HAY	HAY	No	No	Si	Atención del parto
18	HAY	HAY	No	No	No	
19	HAY	HAY	No	No	Si	Atención del parto
20	HAY	HAY	No	No	No	
21	HRP	Trayecto	Si	No	Si	Toma de decisiones para la búsqueda de atención, diagnóstico del recién nacido
22	Domicilio	Domicilio	No	No	No	
23	Domicilio	Domicilio	Si	No	No	Toma de decisiones para la búsqueda de atención

* HRHV: Hospital Regional Hermilio Valdizán; HTM: Hospital Tingo María; HRP: Hospital Regional de Pucallpa; HAY: Hospital Amazónico de Yarinacocha; † Retrasos en la atención materna-neonatal – 1: retraso en la toma de decisión para la búsqueda de atención; 2: retraso en la atención por acceso limitado a los servicios de salud; 3: retraso en la misma atención en el mismo servicio de salud.

Retraso en la toma de decisión para la búsqueda de atención (retraso 1)

Neonato 23: "... En la tarde, me empezaron los dolores otra vez, esta vez más fuertes y me dieron ganas de pujar, hasta que la bebida nació, estaba con su cordón y fui a llamar a mi suegra. Cuando vino mi suegra, como media hora después recién cortó el cordón, la bebida no paraba de llorar, le di de lactar y se calló... Luego todo estaba bien. Pero en la noche, la bebé empezó a vomitar, pero pensé que era porque había tomado mucha leche y después se pasaría. Al día siguiente, ya era feriado, y la bebé estaba bien, pero en la tarde comenzó a llorar y se ponía moradita, y después casi no lloraba... Llamamos al doctor recién ahí que vive a media cuadra, él la movió y solo constató la muerte. Nos dijo que fue por descuido, que ya no se deben tener los bebés en casa... Y en todo caso hubieran llevado la bebé al hospital inmediatamente. De repente sí fue por descuido...".

Neonato 21: "... No dejaban que hable con el doctor, me decían que soy una exagerada y que tengo que esperar a que venga el dolor y que mi bebé estaba bien, pero yo no creía eso. Cuando se rompió la fuente, recién avisaron al doctor, vino a verme y dijo que tenían que hacerme cesárea porque mi bebida estaba sufriendo mucho y le riñó bien feo a la obstetra, porque mucho tiempo me tenían, dijo que la cesárea hubiera sido ayer, lo que es normal se hace normal y lo que es para cesárea se hace cesárea... La bebida nació un poquito moradita, y me dijeron que había tragado líquido amniótico, que debía recibir antibióticos y nos dieron de alta al quinto día... En casa todo estaba bien, aunque mi hijo mayor decía que la bebé se ponía moradita cuando lloraba. Pero, antes que mi bebida muriera, unos dos días antes, vomitaba mucho, lactaba y vomitaba, lloraba día y noche, dormía un rato y otra vez se levantaba a llorar, pensé que era por los gases que siempre le da a los bebés, esos días mi tía fue a visitarme y me dijo que son gases o mal aire, pero después le pasó...".

Retraso en la atención por acceso limitado a los servicios de salud (retraso 2)

Neonato 8: "... Vivo lejos del puesto de salud de Tambillo. En uno de los controles a los siete meses me hice una ecografía que confirmó que mi niño tenía una malformación en la cabeza... A las 5 a.m. me vino los dolores del parto inmediatamente mi esposo llamó al puesto de salud por celular; durante la noche llovió torrencialmente y el río creció, el cual impidió que el personal de salud llegara para atenderme por tal motivo me atendió mi esposo y mis hijos. A las doce del mediodía recién se pudo cruzar el río, vino la obstetra y el doctor quienes me trasladaron al hospital... A las 3 p.m. llegué al hospital, siendo atendida y hospitalizada en obstetricia, a mi bebé lo internaron en neonatología. Al día siguiente me realizaron una limpieza porque me dijeron que salió toda la placenta, por lo que no pude ver a mi bebé... Al día siguiente murió mi bebé".

Neonato 9: "... Yo vivo en el caserío Pedro Ruiz Gallo a una hora de la ciudad, pero por motivo del parto faltando 15 días vine a mi vivienda del asentamiento humano Nuevo Horizonte que queda en la ciudad pero no tan cerca del hospital... A las 6 p.m. me vinieron dolores del parto, e inmediatamente fui al hospital, me hicieron esperar como una hora para atenderme. Y me dijeron que vaya a mi casa porque todavía no había dilatación, y que vuelva cuando tenga más dolores... A las 6 a.m. del día siguiente sentí un fuerte dolor, inmediatamente se rompió la fuente y con él sentí que mi bebé se venía, le llamé a mi esposo quien corrió a buscar un motocar pero como vivimos en la altura – como a diez cuadras de altura – los motocarros no quieren subir más. Esa noche llovió y hasta ese momento seguía lloviendo, vino mi esposo para llevarme cargando porque no había otra opción pero cuando llegó ya se estaba produciendo el parto (este era mi tercer parto). Tendí una sábana limpia, y allí nació mi bebé... Mi esposo buscó una licenciada que vivía por allí, quien ayudó a cortar el cordón. Mi bebé estaba morado, no lloraba. La licenciada y mi esposo lo llevaron inmediatamente al hospital...".

Retraso en la misma atención (retraso 3)

Neonato 3: "... Me dijo, son así desesperadas, empezó a decir como siempre riñen... Regresé a la casa de mi madre que estaba más cerca del hospital, pero regresé al día siguiente porque seguía igual y caminaba a las justas y nuevamente le dijeron que todavía faltaba para el parto. Pero en la noche volví a ir porque ya me venía un montón de líquido. Estuve en la sala para dar a luz y luego de 12 h recién nació mi bebé, era un bebé bien arrugadito. Me atendió un practicante, ni siquiera te atienden los obstetras, incluso me cortaron. No entendí por qué me cortaron porque mi hijito no era grande para que me cortaran... Me dieron de alta al día siguiente, antes de las 24 h, por lo cual asumía que estábamos sanos yo y mi hijo". "... A los 16 días mi bebé hizo fiebre y empezó a botar líquido verde por la boca, y lo llevé al hospital. El doctor lo revisó, y me dijo que mi hijito estaba normal. Que no tenía nada, solamente señora dale tu leche, con tu leche le va a pasar porque mi hijito tenía como diarrea y hacia volver algo verde por su boquita y él me dijo que era normal... Lo llevé a mi casa y dos días después comenzó a llorar con un llanto que no calmaba, lo llevé nuevamente al hospital. Me dijeron que si mi hijo tenía seguro, y sí tenía, pero como se demoraban pagué como si no tuviera seguro; y solo poco después lo atendieron. Mi niño estaba mal pero no lo habían atendido... Luego, me dijeron que era neumonía. Mi bebé comenzó a respirar bien rápido, y el doctor dijo que había llegado líquido a los pulmoncitos. Después, todos cuchicheaban así escondidos, pero no me decían nada. Se miraban entre ellos... Luego, me preguntaron si querían llevarlo a Lima, yo me fui a traer mis papeles, todo para llevarlo. Cuando ya regresé de mi casa trayendo el DNI mío y el de su papá. Ya mi hijito había fallecido...".

Cuadro 1 – Relatos de madres evidenciando los tres tipos de retraso en la atención

La tabla 3 presenta los fallos en el cuidado y atención de los recién nacidos fallecidos que fueron identificados a partir de la información proporcionada por las madres en las entrevistas en profundidad. En relación al proceso específico con probable fallo: en 11 (47,8%) casos, las madres no tuvieron controles prenatales y/o evaluaciones obstétricas apropiadas, originando errores en el diagnóstico prenatal y/o perdiendo oportunidades para aplicar medidas preventivas previas al parto. Un (4,3%) neonato no

tuvo un diagnóstico acertado al nacimiento, y en 15 (65,2%) neonatos hubo fallos en el manejo hospitalario, principalmente en la valoración del trabajo de parto y en el diagnóstico y manejo del recién nacido prematuro, asfixiado, infectado y/o quirúrgico. Finalmente, cuatro (17,4%) neonatos tuvieron fallos de seguimiento luego de haber sido dados de alta luego del nacimiento. El cuadro 2 presenta algunos relatos de madres que permitieron identificar los fallos presentados en la tabla 3.

Tabla 3 – Identificación de potenciales fallos en la atención materna-neonatal

Nº	Lugar nacimiento*	Lugar fallecimiento*	Fallo en la atención del recién nacido				Proceso específico con probable fallo
			Diagnóstico prenatal	Diagnóstico nacimiento	Manejo hospitalario	Seguimiento del niño	
1	HTM	HTM	No	No	Si	No	1) Prevención del parto prematuro, 2) manejo del parto y recién nacido prematuro
2	HTM	HTM	Si	Si	Si	No	1) Control prenatal tardío, 2) prevención y manejo del parto prematuro, 3) manejo del recién nacido infectado
3	HTM	HTM	No	No	Si	Si	1) Manejo del neonato infectado, 2) seguimiento post-alta
4	HTM	HTM	No	No	Si	Si	1) Manejo del niño infectado, 2) seguimiento post-alta
5	HRHV	HRHV	Si	No	Si	No	1) Calidad del control prenatal, 2) evaluación del trabajo de parto, 3) atención inmediata del recién nacido
6 y 7	HRHV	HRHV	Si	No	Si	No	1) Prevención del parto prematuro (en control prenatal y hospital), 2) manejo del parto prematuro, 3) manejo del recién nacido prematuro
8	Domicilio	HRHV	No	No	No	No	1) Calidad del control prenatal
9	Domicilio	HRHV	Si	No	Si	No	1) Evaluación obstétrica, 2) manejo del recién nacido asfixiado
10	HRP	HRP	No	No	Si	No	1) Evaluación del trabajo de parto, 2) atención inmediata del recién nacido, 3) manejo del niño asfixiado
11	HRP	HRP	Si	No	No	No	1) Falta de control prenatal, y diagnóstico precoz
12	HRP	HRP	No	No	Si	No	1) Evaluación del trabajo de parto, 2) atención inmediata del recién nacido, 3) manejo del recién nacido asfixiado
13	HRP	HRP	Si	No	No	No	1) Calidad del control prenatal
14	HRP	HRP	No	No	Si	Si	1) Manejo del recién nacido infectado, 2) seguimiento post-alta
15	Domicilio	HRP	Si	No	Si	No	1) Falta de control prenatal, 2) manejo de la prematuridad
16	HAY	HRP	No	No	Si	No	1) Manejo del recién nacido quirúrgico
17	HAY	HAY	No	No	Si	No	1) Evaluación trabajo de parto, 2) manejo del parto y recién nacido prematuro
18	HAY	HAY	Si	No	No	No	1) No control prenatal
19	HAY	HAY	No	No	Si	No	1) Evaluación del trabajo de parto, 2) atención inmediata del recién nacido, 3) manejo del recién nacido infectado
20	HAY	HAY	Si	No	No	No	1) Calidad del control prenatal
21	HRP	Trayecto	No	No	Si	Si	1) Manejo del niño infectado, 2) seguimiento post-alta
22	Domicilio	Domicilio	Si	No	No	No	1) Calidad del control prenatal
23	Domicilio	Domicilio	Si	No	No	No	1) Calidad del control prenatal

* HTM: Hospital Tingo María; HRHV: Hospital Regional Hermilio Valdizán; HRP: Hospital Regional de Pucallpa; HAY: Hospital Amazónico de Yarinacocha.

Fallo en el diagnóstico prenatal

Neonatos 6 y 7 (parto múltiple): "... Le sacaban constantemente ecografías por el temor de pérdida. En esos cinco meses ha tenido siete ecografías, cinco análisis de sangre y le dijeron que ya estaba bien; que ya podía caminar, que ya podía hacer sus cosas. Pero seguía llevando sus controles. Acá en Tingo María, cuando empezó a sentir dolores en la espalda y en el vientre fue al hospital y la obstetra le dijo que no se preocupase. Que como el vientre estaba creciendo y eran dos era lógico que sintieran los dolores. Le dijo más bien te van a empezar a doler más fuerte. Pero a los tres días le vino sangrado y regresó al hospital y le dijeron que ya estaba en trabajo de parto, que la placenta ya se había desprendido y que ya era hora de que nacieran".

Fallo en el diagnóstico al nacimiento

Neonato 17: "... Mi familia llegó 1 h después, cuando ya estaba con mi bebita. Fue mi mamá quien se dio cuenta que mi bebita no respiraba bien y hacía un sonido extraño, le avisaron a los médicos y luego se llevaron a mi bebé a la UCI de los bebitos porque se estaba asfixiando, dicen que se había tragado su líquido".

Fallo en el manejo hospitalario

Neonato 1: "... Los médicos, los doctores tienen su trabajo y sus obligaciones de venir a la hora que ellos de repente saben... Pero sinceramente, mayormente son puros practicantes. Ya los doctores le dejan a ellos y ellos como no saben nada ahí están... Mi esposa estaba ya a punto de dar a luz, y todos sabían que era un parto prematuro... Han atendido dos partos al mismo tiempo y no habían doctores, enfermeras una o dos, y al mismo tiempo no sabían a quién atender. Entonces pedía un bisturí y no cortaron a la persona indicada sino la cortaron a mi esposa". "... Luego, ese momento como le digo ya nació el bebé, nos han avisado que ha muerto. Salió muerto nos dijo y al segundo día ya nos pasa la voz diciendo de que está vivo. Ese es un error bien grande que puede cometer el personal que está a cargo. Primero nos habían dicho algo, y que pasó al siguiente día, y nos dicen de que no que tu hijo está vivo, está vivo, pero necesita los cuidados de la cuna...".

Neonato 4: "... Mi parto fue normal, mi bebé nació llorando y lactó bien; pero al alta estaba amarillo. Le pregunté a la pediatra y ella me dijo que estaba normal y que lo trajera si le notara mal. Al día siguiente del alta el bebé hizo fiebre, estaba más amarillo, afligido, por lo que le llevé a emergencia del hospital donde lo bañaron y la temperatura bajó por un momento, también le pusieron suero, pero la temperatura no bajaba y lo internaron por la tarde a las 12 del día...".

Fallo en el seguimiento del neonato

Neonato 14: "... Mi bebé nació en el hospital regional, fue dado de alta y en la casa todo estaba bien hasta que un día ya no podía respirar, como que se ahogaba y le llevamos al hospital, cuando cumplió siete días. Respiraba como si le faltara el aire y empezó a tener fiebres, ya no quería tomar mi teta. En el hospital, mi bebé se empezó a torcer y se puso moradito, me dijeron que estaba muy mal, y se lo llevaron a UCI de bebés...".

Cuadro 2 – Relatos de madres sugiriendo fallos en la atención materna-neonatal

DISCUSIÓN

La evaluación de retrasos en la atención ha sido frecuentemente utilizada para entender mejor las circunstancias que rodearon una muerte materna²⁰, siendo aplicable también a la evaluación de las muertes neonatales como se muestra en el presente estudio. En el grupo de muertes neonatales se identificaron retrasos en la toma de decisión para la búsqueda de atención, en la búsqueda de atención por limitado acceso a los servicios de salud y la recepción de la atención una vez que se ha llegado al establecimiento de salud. Además se encontraron fallos en el cuidado materno-neonatal durante el diagnóstico prenatal, en el diagnóstico al nacimiento, en el manejo hospitalario, y/o en el seguimiento de los recién nacidos.

El análisis cualitativo identificó dos factores que incidieron en la decisión de buscar atención, y por consiguiente en el retraso de la atención materno-neonatal: la subestimación de los riesgos del parto, y la subestimación y falta de conocimiento

de signos de peligro en el neonato. La no previsión del riesgo que conlleva un parto domiciliario coincide frecuentemente con una pobre asistencia a controles prenatales; sin embargo, la situación parece ser más compleja^{21,22}. Por ejemplo, para una de las dos madres que decidieron por el parto domiciliario, dar a luz "normalmente" es dar a luz en su casa, atendida por una partera y acompañada por sus familiares; es decir como lo fue en sus partos anteriores. Esta valoración del parto, ya había sido descrita anteriormente en estudios realizados en áreas con altos niveles de pobreza del Perú^{23,24}, los cuales evidenciaron la carencia de un enfoque de interculturalidad en la oferta de servicios de salud. Grupos focales realizados a madres mostraron preferencia por el parto domiciliario, porque en los establecimientos de salud no podían dar a luz verticalmente, no podían usar sus hierbas y medicinas tradicionales y/o no podían estar acompañadas por sus familiares²⁴.

Los otros casos que tuvieron retraso en la decisión de búsqueda de atención correspondieron a niños

nacidos en el hospital aparentemente sanos, que fueron dados de alta conjuntamente con la madre luego del parto, pero que en el domicilio tuvieron signos de gravedad no reconocidos y/o subestimados por la madre y/o familiares. Ambos neonatos fallecieron a los 10 días de vida (uno en el hospital y el otro en el trayecto al hospital), identificándose la sepsis como causa más probable para sus muertes. El relato de una de las madres sugiere subestimación del riesgo en el niño (se contemplaron signos de peligro sin tomar acción alguna), pero también evidencia desconfianza en la atención del hospital pese a haber dado a luz en dicho lugar. La desconfianza en los establecimientos de salud es una barrera importante para la demanda de servicios de salud²⁵, habiéndose evidenciado en varios de los casos en el estudio, en diferentes momentos de la atención. Entre las causas de desconfianza descritas están: el desencuentro entre el saber médico oficial y las tradiciones de la medicina local; los casos reales de mal desempeño en la atención médica (negligencia); y la falta de un trato respetuoso y horizontal entre los profesionales de salud y las personas de la comunidad (que se traducen en quejas de maltrato, demoras, desatención, etc.)²⁴.

La distancia o el tiempo de traslado prolongados agravados por condiciones climáticas (lluvias torrenciales) fueron referidos por dos madres como causas de demora para llegar al hospital de Tingo María (Huánuco) al momento del parto. En ambos casos hubo cumplimiento de controles prenatales, los partos fueron atendidos por familiares en el domicilio y luego los neonatos (junto a la madre en un caso) fueron conducidos al hospital a la brevedad que se pudo. En zonas peri-urbanas y rurales, la distancia a un establecimiento de salud es una barrera importante para una atención oportuna del parto y del recién nacido²⁶. En la región andina hay ausencia de vías de comunicación y de transporte terrestre, mientras que en la Amazonía predomina el transporte en bote a motor a través de los ríos; siendo frecuente el recorrido de largas distancias para llegar a establecimientos de salud con la capacidad resolutoria apropiada para atender complicaciones^{23,24}. Adicionalmente, es importante mencionar que una de las madres era una multigesta que había acudido al hospital horas previas al parto durante la noche, siendo regresada a su casa por no estar en trabajo de parto. Si durante la evaluación obstétrica realizada en emergencia se hubieran valorado las dificultades de acceso al establecimiento de salud, la madre hubiera permanecido más tiempo en observación y quizás podría haberse evitado el parto traumático en el domicilio que desencadenó finalmente la muerte del recién nacido por asfixia neonatal.

El riesgo de morbilidad y mortalidad neonatal disminuye cuando la madre cuenta con un control apropiado durante la gestación, y cuando el parto es atendido por un profesional competente²⁷. El control prenatal constituye una ventana de oportunidad para

identificar condiciones que pueden complicar el embarazo (infecciones, diabetes, preeclampsia, etc.), y establecer medidas preventivas que incrementen la probabilidad de un parto seguro^{28,29}. Por ello, el parto institucional y el control prenatal oportuno (en el primer trimestre de gestación) y periódico son considerados clave para el cuidado materno-infantil³. Lamentablemente, en el Perú aún hay una importante proporción de gestantes que no acceden a un control prenatal oportuno y de calidad. El estudio no sólo encontró inasistencia o asistencia parcial y/o tardía al control prenatal, en cerca de la mitad de madres de neonatos fallecidos, sino también problemas serios de calidad y errores (fallos) en el diagnóstico prenatal incluso en madres que completaron todos sus controles prenatales. Además, se desaprovecharon las oportunidades para establecer una relación de confianza y seguridad con las madres con el propósito de asegurar el parto institucional y de aplicar medidas preventivas correspondientes previas al parto y el nacimiento del niño.

Por último, el análisis de los retrasos en la atención materna y/o neonatal encontró que la mayoría estuvo asociado a fallos en la misma atención hospitalaria en la valoración del trabajo de parto, en la atención del parto, en el diagnóstico del recién nacido, en el manejo del recién nacido sano y con complicaciones (prematuridad, asfixia, infecciones, etc.) y el seguimiento post-atención. Hubo retrasos administrativos previos a la atención médica, pero éstos no tuvieron el mismo nivel de valoración negativa que tuvo la atención médica *per se*. Si bien los relatos recogen la perspectiva subjetiva de las madres y/o familiares, en algunos casos son bastante notorios los problemas de desempeño de los servicios de salud por limitada competencia profesional y/o mala práctica médica del personal de salud; mientras que, en otros casos es evidente la descripción de situaciones de indiferencia y postergación de la atención. Además, la validez de los hallazgos cualitativos fue reforzada luego de la triangulación con la información de los registros neonatales y de las historias clínicas, encontrando que en todos los casos con percepciones de fallos en el manejo hospitalario y/o seguimiento de los pacientes fueron clasificados como muertes potencialmente evitables. Para tratar de resolver los problemas identificados en la atención materno-neonatal, no sólo basta capacitar al personal de salud con una aproximación de atención continuada (secuencia embarazo, parto, periodo postnatal inmediato y niñez). También se requiere una permanente sensibilización del mismo personal, haciéndole entender que sólo una atención con calidad y oportunidad permitirá evitar muertes maternas y neonatales, y enfatizando que la calidad y la oportunidad no se pueden alcanzar sino se incluye dentro de la atención la calidez y el enfoque de interculturalidad³⁰.

Cuatro limitaciones importantes del estudio deben ser mencionadas. Primero, el carácter retrospectivo del mismo limitó el marco muestral de madres a entrevistar al no poder ser ubicadas a partir de los domicilios

registrados en los servicios de salud. Segundo, pese a ser un evento fatal potencialmente de fácil recordación, no es posible descartar la posibilidad de algún grado de sesgo de memoria en las madres participantes considerando que las entrevistas en profundidad fueron realizadas aproximadamente un año luego de la defunción neonatal. Tercero, la cuarta parte del total de madres de neonatos fallecidos en un periodo corto (seis meses) podría ser no representativo, sin embargo la metodología cualitativa empleada ha permitido identificar que todos los tipos de demora de atención estuvieron presentes en los neonatos fallecidos, y cada uno de esos retrasos sin importar su frecuencia puede costar la vida del neonato. Finalmente, el marco conceptual de análisis del estudio centrado básicamente en los servicios locales de salud no permite evaluar determinantes más distales que pueden influenciar en la mortalidad neonatal como las características del sistema de salud, las políticas públicas para el cuidado materno-infantil vigentes y el grado de implementación de las mismas en el país.

CONCLUSIÓN

El diseño e implementación de intervenciones a nivel comunitario y de los servicios de salud durante el embarazo, parto y periodo postnatal tiene como pre-requisitos contar con información oportuna y confiable sobre la morbilidad y mortalidad neonatal, y entender la complejidad de sus determinantes. Cada muerte neonatal analizada en profundidad ofrece

lecciones que requieren ser comprendidas para el desarrollo de intervenciones que eviten la ocurrencia de otras muertes. La presente evaluación cualitativa ha identificado retrasos (en la decisión para búsqueda de atención, en la búsqueda de atención por acceso limitado al servicio de salud, y en la atención misma en el mismo servicio de salud) y fallos en el cuidado y atención materno-neonatal en los establecimientos de salud estudiados (en el diagnóstico pre-natal, en el diagnóstico al nacimiento, en el manejo hospitalario, y en el seguimiento de los neonatos), que requieren acciones correctivas inmediatas y mediatas para impactar de manera positiva en la mortalidad neonatal e infantil en general. Capacitación para mejorar la competencia del personal y sensibilización del mismo son acciones que rápidamente deben promoverse en los establecimientos de salud estudiados.

CONFLICTOS DE INTERÉS

En la presente investigación no existe conflicto de intereses.

APOYO FINANCIERO

La investigación contó con el apoyo del Programa de Apoyo a la Reforma del Sector Salud (PARSALUD II) del Ministerio de Salud de Perú, proyecto de inversión pública financiado con recursos del tesoro público y endeudamiento externo proveniente del Banco Interamericano de Desarrollo y el Banco Mundial.



Atrasos na atenção materna e neonatal: avaliação qualitativa de mortes neonatais em estabelecimentos de referências do Ministério da Saúde no Peru

RESUMO

INTRODUÇÃO: Para acelerar a diminuição da mortalidade infantil é necessário enfrentar a mortalidade neonatal de maneira efetiva com implementação de intervenções oportunas e apropriadas. **OBJETIVOS:** Identificar potenciais atrasos na atenção materna e neonatal por meio de uma avaliação qualitativa de recém-nascidos falecidos no período de julho a dezembro de 2011. **MATERIAIS E MÉTODOS:** Estudo qualitativo que incluiu 22 entrevistas em profundidade (EEP) a mães de neonatos falecidos no período do estudo, usando entrevista semiestruturada baseada no questionário padrão de autópsia verbal recomendado pela Organização Mundial da Saúde. A entrevista incluiu, ainda, perguntas para identificar atrasos na atenção seguindo o modelo das três demoras: a) na tomada da decisão na procura de atenção; b) na procura de atenção devido ao acesso limitado aos serviços de saúde; e c) na própria atenção nos serviços de saúde. **RESULTADOS:** A maioria dos atrasos foram verificados na atenção e associados a falhas nas principais práticas maternas e neonatais: avaliação do trabalho de parto, atenção no parto, diagnóstico do recém-nascido e manipulação do recém-nascido sadio e com complicações. **CONCLUSÃO:** O estudo identificou atrasos e falhas frequentes na atenção materna e neonatal nos serviços de saúde estudados e que requerem ações corretivas para a redução na mortalidade neonatal.

Palavras-chave: Recém-nascido; Mortalidade Neonatal Precoce; Causas de Morte; Pesquisa Qualitativa; Prevenção e Controle.

Delays in maternal-neonatal care: qualitative assessment of neonatal deaths in reference health facilities of the Peruvian Ministry of Health

ABSTRACT

INTRODUCTION: Accelerating the decrease of child mortality involves facing the neonatal mortality effectively by the implementation of opportune and appropriate interventions. **OBJECTIVES:** To identify potential delays in the maternal-neonatal care through a qualitative assessment of neonatal deaths between July and December, 2011 in Huanuco and Ucayali, Peru. **MATERIALS AND METHODS:** Qualitative study that included 22 in-depth interviews with mothers of newborns who died during the study period, using a semi-structured guide based on the standard questionnaire of verbal autopsy recommended by World Health Organization. Additional questions were included to identify delays in the attention following the three-delays model: a) in the decision making for seeking medical care; b) in seeking care due to limited access to health services; and c) in receiving medical care at the health facility. **RESULTS:** Most of delays were in the health services, and were associated with failures in key maternal-neonatal practices: labor assessment, delivery care, diagnosis of the newborn, and management of healthy and critically ill newborns. **CONCLUSION:** The study has identified delays and failures in the maternal-neonatal care in the same study health facilities, which require corrective actions in order to have a positive impact on neonatal mortality.

Keywords: Newborn; Early Neonatal Mortality; Cause of Death; Qualitative Research; Prevention and Control.



REFERENCIAS

- Instituto Nacional de Estadística e Informática (PE). Perú: indicadores de resultados de los programas estratégicos, 2000-2012. Lima: INEI; 2013.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática (PE). Perú: encuesta demográfica y de salud familiar, 2012. Lima: INEI; 2013.
- Ministerio de Salud (PE). Dirección General de Promoción de la Salud. Documento técnico: promoción de prácticas y entornos saludables para el cuidado infantil. Lima: MINSA; 2011.
- González N, Ángeles M. Investigación cualitativa como estrategia de conocimiento, intervención y trabajo de las políticas de salud: una aproximación desde México y Cuba. Ciudad de México: Universidad Autónoma de México; 2006.
- Maine D, Rosenfeld A. The safe motherhood initiative: why has it stalled? *Am J Public Health*. 1999 Apr;89(4):480-2.
- Lawn JE, Cousens S, Zupan J. 4 million neonatal deaths: when? where? why? *Lancet*. 2005 Mar;365(9462):891-900.
- Zupan J. Perinatal mortality in developing countries. *N Engl J Med*. 2005 May;352(20):2047-8.
- Anderson J. Mujeres de negro: la muerte materna en zonas rurales del Perú, estudio de casos. Lima: Ministerio de Salud; 1999.
- Sofaer S. Qualitative methods: what are they and why use them? *Health Serv Res*. 1999;34(5 Pt 2):1101-18.
- Hernández C, Orozco E, Arredondo A. Modelos conceptuales y paradigmas en salud pública. *Rev Salud Publica*. 2012 mar-abr;14(2):315-24.
- Maine D, Akalin MZ, Ward VM, Kamara A. Diseño y evaluación de programas para mortalidad materna. New York: Universidad de Columbia; 1997.
- Upadhyay RP, Rai SK, Krishnan A. Using three delays model to understand the social factors responsible for neonatal deaths in rural Haryana, India. *J Trop Pediatr*. 2013 Apr;59(2):100-5.
- Kouéta F, Ouédraogo Yugbaré SO, Dao L, Dao F, Yé D, Kam KL. Audit médical des décès néonataux selon le modèle des trois retards, en milieu hospitalier pédiatrique de Ouagadougou. *Sante*. 2011 oct-dec;21(4):209-14.
- Waiswa P, Kallander K, Peterson S, Tomson G, Pariyo GW. Using the three delays model to understand why newborn babies die in eastern Uganda. *Trop Med Int Health*. 2010 Aug;15(8):964-72.
- Ministerio de Salud (PE). Estudio de factibilidad del programa de apoyo a la reforma del sector salud [Internet]. Lima: MINSA; 2008 [citado 2014 may 25]. Disponible en: <http://www.parsalud.gob.pe/index.php/factibilidad-del-programa?download=508:resumen-ejecutivo>.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática (PE). Censo nacional de población y viviendas 2007 [Internet]. Lima: INEI; 2014 [citado 2014 may 25]. Disponible en: <http://censos.inei.gob.pe/cpv2007/tabulados/>.
- Anker M, Black RE, Coldham C, Kalter HD, Quigley MA, Ross D, et al. A standard verbal autopsy method for investigating causes of death in infants and children. Geneva: WHO; 1999.
- Krippendorff K. Metodología de análisis de contenido: teoría y práctica. Barcelona: Paidós; 1990.

- 19 Organización Mundial de la Salud. Guía de la OMS para la aplicación de la CIE-10 a las muertes ocurridas durante el embarazo, parto y puerperio: CIE-MM. Ginebra: OMS; 2012.
- 20 Physicians for Human Rights. Demoras fatales: mortalidad materna en el Perú. Un enfoque desde los derechos humanos para la maternidad segura. Washington: PHR; 2007.
- 21 Zanconato G, Msolomba R, Guarenti L, Franchi M. Antenatal care in developing countries: the need for a tailored model. *Semin Fetal Neonatal Med.* 2006 Feb;11(1):15-20.
- 22 Ministerio de Salud (PE). El parto de la vida en los andes y la Amazonía del Perú: técnicas tradicionales de atención del parto y del recién nacido. Lima: MINSA; 1999.
- 23 Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo. Estudio cualitativo de las representaciones sociales de las familias de comunidades de la provincia de Quispicanchi, Cusco, sobre el cuidado y valoración de los recién nacidos. Lima: Unicef; 2010.
- 24 Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo. Estudio sobre dimensión cuantitativa y concepciones y cuidados comunitarios de la salud del recién nacido, en un área rural andina y amazónica del Perú: componente estadístico. Lima: Unicef; 2010.
- 25 Hirmas M, Poffald L, Jasmen AM, Aguilera X, Delgado I, Vega J. Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: una revisión sistemática cualitativa. *Rev Panam Salud Publica.* 2013 mar;33(3):223-9.
- 26 World Health Organization. Countdown to 2015 decade report (2000–2010): taking stock of maternal, newborn and child survival. Geneva: WHO; 2010.
- 27 Carroli G, Villar J, Piaggio G, Khan-Neelofur D, Gülmezoglu M, Mugford M, et al. WHO systematic review of randomised controlled trials of routine antenatal care. *Lancet.* 2001 May;357:1565-70.
- 28 Raatikainen K, Heiskanen N, Heinonen S. Under-attending free antenatal care is associated with adverse pregnancy outcomes. *BMC Public Health.* 2007 Sep;7(268):1-8.
- 29 Say L, Raine R. A systematic review of inequalities in the use of maternal health care in developing countries: examining the scale of the problem and the importance of context. *Bull World Health Organ.* 2007 Oct;85(10):812-9.
- 30 Fondo de Población de las Naciones Unidas (PE). Atención en salud con pertinencia intercultural: módulo técnico teórico. Lima: Unfpa; 2011.

Recibido en / Recebido em / Received: 17/6/2015
Aceptado en / Aceito em / Accepted: 1/3/2016