

D-14702.00

100



NACIONES UNIDAS UNITED NATIONS
CELADE - Centro Latinoamericano de Demografía - CELADE

PROGRAMAS DE SALUD MATERNO INFANTIL
CASO DE ESTUDIO: COLOMBIA

Profesores asesores:

Dirk Jaspers Faijer
Zaida Soto

Becarios

Castro, Ana María
François, Harry
Lozada, Patricio

Santiago, Diciembre 1989

INTRODUCCION

El presente trabajo práctico realizado dentro del proceso de entrenamiento del curso de post-grado "Dinámica de la Población Programas y Políticas de Desarrollo 1989", con el título Programas de Salud Materno Infantil, en relación con la fecundidad, mortalidad y las causas de muerte.

La contribución del grupo de trabajo esta encaminada a explicar la íntima relación existente entre las diferentes determinantes biológicas, socioeconómicas, culturales de conocimientos aptitudes y prácticas, tomando como base de información las encuestas de demografía y Salud, encuesta mundial de fecundidad y la encuesta de prevalencia demografía y salud, de la república de Colombia.

De los países latinoamericanos que cuentan con este tipo de información hemos estimado conveniente hacer un análisis con los datos de un país representativo del área. Encontramos que la información de Colombia nos proporciona los elementos necesarios para nuestro objetivo.

Ante la imposibilidad de no contar en el CELADE con la información en la cinta magnética de los tabulados de las dos encuestas, utilizamos los cuadros estadísticos presentados en los resultados generales de las encuestas mencionadas anteriormente, a partir de los cuales se han elaborado nuevos cuadros explicativos en relación a la fecundidad, mortalidad, morbilidad y su importancia para la elaboración de los lineamientos de un programa de Salud Materna-Infantil.

En este trabajo práctico también se incluyen tres anexos, los cuales son: Las relaciones entre la fecundidad y mortalidad (infantil y materna), el efecto del descenso de la fecundidad sobre la mortalidad infantil; las causas de muerte y causas de muerte en los primeros años de vida, y la mortalidad materna. El contenido de estos contribuye a entender de mejor manera la información de las encuestas, ayuda a identificar los grupos de riesgo (el niño y la madre), aclarar definiciones y metodologías para el análisis de las encuestas en general.

El presente trabajo práctico consta de los siguientes capítulos: En el capítulo I se identifica el área de estudio, que consiste en la descripción de las características demográficas y sociales de Colombia, sus principales regiones y la capital del país, las características sociodemográficas de las mujeres en edad reproductiva y su evolución en los pasados diez años. Además se incluye los niveles, tendencias y diferenciales de la fecundidad, así como el conocimiento y uso de los métodos anticonceptivos.

En el capítulo II Mortalidad Infantil y en la niñez se analiza la información de la encuesta de prevalencia demografía y salud sobre la mortalidad infantil en relación al sexo del niño y el área de residencia, educación de la madre, edad de la madre al nacimiento de los menores de cinco años, del intervalo intergenésico, y del tipo de atención del embarazo y del parto. Luego se hace un análisis de la salud del niño, se pone énfasis en la vacunación y en las causas más representativas de la morbilidad y mortalidad en estos grupos de edad.

En el capítulo III se presenta un modelo a base de las características de la mujer utilizadas para el análisis de las encuestas de demografía y salud, en relación a la fecundidad morbilidad y mortalidad infantil. El punto de partida para este análisis es el efecto de las intervenciones del sector salud en la mortalidad infantil en Colombia en que las características biológicas de esta población al igual que las socioeconómicas y culturales y del medio ambiente en que se desenvuelven se relacionan estrechamente con el comportamiento de la mortalidad infantil. El modelo planteado se orienta a verificar la importancia de factores de salud, educación y socioeconómicos como determinantes de la mortalidad infantil.

El capítulo IV plantea las estrategias para enfrentar las elaboración de un programa de salud materno infantil partiendo de un diagnóstico de la fecundidad, la mortalidad infantil, la morbilidad y sus causas desencadenantes; en este contexto es susceptible de ser modificada estas variables por políticas de salud y con medidas de política económica y social. También en este capítulo se presentan los programas y prioridades de salud en Colombia, los organismos existentes y su participación en los programas.

El capítulo V hace referencia a los tres anexos mencionados anteriormente.

CAPITULO I

1.1 CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS Y SOCIALES DE COLOMBIA

Colombia es un país tropical, situado al extremo norte occidental de América del Sur. Su extensión territorial es de 1.138.914 kilómetros cuadrados con una población para el censo de 1985 de casi 30 millones de habitantes, concentrándose cada vez más en las zonas urbanas, donde el 67% de los colombianos vivían en ciudades y cerca del 14% residen exclusivamente en la capital "Bogotá". El 5% de los habitantes residen en las vastas llanuras orientales que constituyen la mitad del territorio nacional y el 95% está concentrado en la mitad nor-oriental y la montañosa región andina.

El país se dividió en cuatro grandes grupos homogéneos o regiones a la que se le agregó una quinta región que corresponde a Bogotá, la capital del país, quedan excluidas las regiones de menor densidad y desarrollo y étnicamente no se tiene en cuenta la población indígena.

Estas regiones son:

ATLANTICA: conformada por los departamentos de Atlántico, Bolívar, Sucre, Córdoba, Magdalena, Cesar y Guajira. Esta región es una vasta llanura de clima seco y de tierras aluviales aptas para la agricultura y la ganadería. Para el último censo (1985) su población corresponde al 20% de la población total del país, de mayoría urbana. En cuanto a los indicadores de bienestar social presenta los niveles más bajos de alfabetismo, altos niveles de morbi-mortalidad y bajos niveles de nutrición. Además posee dos polos de desarrollo industrial (Barranquilla-Soledad y Cartagena), el turismo, los servicios, el comercio y el transporte ocupan un alto porcentaje de la población económicamente activa.

CENTRAL: formada por los departamentos de Antioquia, Caldas, Quindío, Risaralda, Tolima y Huila. Es una región principalmente montañosa de valles estrechos y mesetas en los cuatro primeros departamentos y tierras más bajas y amplias en las dos últimas. Su participación sobre el total de la población es del 30%. En esta región se encuentra la principal zona cafetalera, además de ser una región principalmente agrícola y minera.

ORIENTAL: Agrupan los departamentos de Santander del Sur, Santander del norte, Cundinamarca, Boyacá y Meta. Su estructura topográfica es semejante a la región central. La población de esta región representa el 19% del total nacional. Su economía se basa en las explotaciones agrícolas y mineras y el desarrollo de industrias como la tabacalera, la siderúrgica y la petrolera. Presenta los mayores índices de emigración del país.

DEL PACIFICO: formada por los departamentos de Valle del Cauca, Mariño, Cauca y Chocó. Es la región más heterogénea, en ella se han incorporado áreas como las de Chocó en donde se encuentran las zonas selváticas de mayor precipitación pluvial del mundo, junto a grandes valles aluviales de gran dificultad como el Valle del Cauca y regiones particularmente agrestes como el Macizo Colombiano en el departamento Mariño. La región representa el 18% de la población total. La zona incluye las áreas de menor desarrollo del país y los índices de bienestar más bajos

como la esperanza de vida al nacer , la mortalidad infantil y el nivel de alfabetismo.

BOGOTA: Es la capital del país. Representa el 14% del total de la población. Además de ser el centro administrativo y político del país es también su mayor centro industrial.

1.2 CARACTERISTICAS SOCIO-DEMOGRAFICAS DE LAS MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA

Entre las características socio-demográficas estudiadas en las mujeres colombianas en edad fértil (15 a 49 años) para los años 1976 y 1986 tenemos:

- La estructura por edad
- Región y área de residencia
- El nivel educativo.

La proporción de mujeres de 15-19 años se redujo en un cuatro por ciento, en cambio el grupo de edad de 20-35 años aumentó su proporción.

Con relación al área de residencia encontramos que el porcentaje de mujeres en el área urbana en 1986 es 4 por ciento mas alto que en 1976, en tanto que la población del área rural fue de un 4 por ciento mayor en 1976 en relación al año 1986.

El nivel educativo de las mujeres colombianas entrevistadas en las encuesta nacional de prevalencia demografía y salud del año 1986 refleja los cambios significativos que se han producido en el país al compararla con la misma encuesta realizada en el año 1978.

Los cambios en los niveles educativos por regiones y áreas de residencia son diferenciales. Se observa una baja muy fuerte en el analfabetismo en el área rural del 66% . Así como en la region de residencia del Pacífico que disminuyó en un 71%.

CUADRO 1
DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LAS MUJERES EN EDAD FERTIL, POR GRUPOS DE EDAD,
REGION Y AREA DE RESIDENCIA, ENF-1976 Y ENP-1986

Grupos de edad, región y área de residencia	1976	1986	Mujeres entre- vistadas 1986
Total	100.0	100.0	5329
Grupos de edad			
15-19	26.5	22.7	1220
20-24	19.5	20.2	1075
25-29	15.1	17.1	904
30-34	11.1	13.7	726
35-39	10.8	11.2	593
40-44	8.8	8.0	428
45-49	7.6	7.1	383
Región de residencia			
Atlántica	18.1	18.2	1024
Pacífica	18.3	18.6	1298
Central	30.3	30.7	1158
Oriental	19.3	15.7	947
Bogotá	14.0	16.8	908
Area de residencia			
Urbano	68.0	72.0	3831
Rural	32.0	28.0	1498

Fuente: Colombia, Encuesta de Prevalencia Demográfica y Salud, 1986.

CUADRO 2
PORCENTAJE DE MUJERES EN EDAD FERTIL, POR NIVEL EDUCATIVO, SEGUN REGION Y
AREA DE RESIDENCIA, ENP-1978 Y ENP-1986.

Región y área de residencia	Sin educación		Primaria		Secundaria y +	
	1978	1986	1978	1986	1978	1986
Región de residencia						
Atlántica	21.0	13.2	50.2	49.0	28.8	37.8
Pacífica	15.9	4.6	52.6	50.0	31.5	45.4
Central	9.6	4.0	59.5	51.5	30.9	44.5
Oriental	12.6	4.7	58.9	54.9	28.5	40.4
Bogotá	6.8	2.9	36.0	36.6	57.2	60.1
Area de residencia						
Urbano	7.4	4.4	47.1	40.1	45.5	55.4
Rural	26.1	9.0	66.0	71.3	7.9	19.7

Fuente: Colombia, Encuesta de Prevalencia Demográfica y Salud, 1986.

1.3 NIVELES, TENDENCIAS Y DIFERENCIALES DE LA FECUNDIDAD

Al comparar las encuesta demográficas y de salud del año 1986 y la encuesta mundial de fecundidad 1976, observamos que la tasa global de fecundidad para Colombia decreció de 4.4 a 3.3 hijos por mujer, lo que significa una disminución del 25% en los diez años.

Así mismo al observar las tasas globales de fecundidad por regiones encontramos que las mas altas tasas se encuentran en la región Atlántica con 4.4 hijos por mujer y 3.7 en la región Oriental, y la mas baja tasa se sitúa en Bogotá con 2.7 hijos por mujer.

Durante el período considerado la mayor disminución de la tasa global de fecundidad ha sido en la región del Pacífico con un 33% y la menor en Bogotá con un 4%.

El diferencial urbano-rural de la tasa global de fecundidad continúa siendo en promedio de 2 hijos por mujer.

Sin embargo para 1986 se observa que los mayores diferenciales de fecundidad se presenta en los distintos niveles educativos y de continuar con estos, las mujeres sin educación tendrían en promedio 2 hijos mas al final del período reproductivo que la mujer promedio colombiana.

CUADRO 3
TASAS GLOBALES DE FECUNDIDAD DE LAS MUJERES DE 15-49 AÑOS EN UNION, POR
REGION Y AREA DE RESIDENCIA Y GRUPO DE EDAD. 1969-1976-1986

Región y área de residencia y grupo de edad	tasas globales de fecundidad		
	1986	1976	1969
Total	3.3	4.4	6.7
Región de residencia			
Atlántica	4.4	5.1	7.8
Pacífica	3.1	4.6	5.9
Central	3.1	4.1	6.8
Oriental	3.7	5.1	7.9
Bogotá	2.7	2.8	4.5
Area de residencia			
Urbana	2.8	3.5	5.2
Rural	4.9	6.3	9.2
Grupo de edad			
15-19	78.0	96.0	118.0
20-24	181.0	215.0	270.0
25-29	171.0	211.0	300.0
30-34	121.0	163.0	272.0
35-39	79.0	124.0	195.0
40-44	30.0	52.0	90.0
45-49	9.0	22.0	25.0

Fuente: Colombia. Encuesta de Prevalencia Demografía y Salud, 1986.

En el cuadro 3 también observamos que las tasas específicas de fecundidad han disminuido en todos los grupos de edad y a mayor edad mayor ha sido la reducción. Para el período 1976-1986 la disminución fue del 19% para el grupo de edad de 15 a 19 años y de un 42% en el grupo de edad de 40 a 44. En las adolescentes la disminución se hizo proporcional entre 1969-1976 y 1976-1986.

Para 1969 la mayor tasa específica de fecundidad se dió entre el grupo de edad de 25 a 29 años, en cambio para 1986 se presentó en el grupo de edad de 20 a 24 años.

Con relación a la edad del primer nacimiento, no se observan diferencias significativas en los distintos grupos de edad y la edad mediana se sitúa entre 20.9 y 21.9 años.

La región Atlántica tiene una edad mediana de 20 años, mientras que la edad mediana al primer nacimiento en todas las mujeres se sitúa en 22 años.

CUADRO 4
DISTRIBUCION PORCENTUAL DE TODAS LAS MUJERES, POR GRUPOS DE EDAD, SEGUN
EDAD AL PRIMER NACIMIENTO, ENP-1986

Grupo de edad	Mujeres sin hijos	edad al primer nacimiento (años)						Mediana de edad
		Menos de 15	15-17	18-19	20-21	22-24	25 y mas	
15-19	89.5	0.7	6.9	2.9	-	-	-	-
20-24	50.1	1.5	14.7	16.0	13.2	4.5	-	-
25-29	23.8	2.1	12.9	20.4	18.1	16.9	5.9	21.6
30-34	12.4	2.8	14.7	14.9	18.2	19.8	17.2	21.9
35-39	8.6	4.1	16.5	15.9	16.2	19.4	19.2	21.6
40-44	6.2	3.1	16.3	18.7	22.1	15.8	17.8	20.9
45-49	3.5	5.3	17.8	18.9	16.5	19.7	18.3	21.0

Fuente: Colombia. Encuesta de Prevalencia Demografía y Salud, 1986.

1.4 CONOCIMIENTO Y USO DE LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS

En Colombia los datos revelan un alto grado de conocimiento de métodos anticonceptivos, situandose en un 98% del total de mujeres entrevistadas y del 99% entre las mujeres actualmente unidas.

Los métodos mas conocidos por las mujeres actualmente unidas son la píldora y el dispositivo intrauterino (DIU), la esterilización femenina y las inyecciones.

Entre los años 1978 y 1986 se han observado cambios en cuanto al conocimiento de cada uno de los métodos, los mas conocidos en los años de estudio son la píldora (91% en 1978 y 98% en 1986) y la esterilización femenina y el dispositivo intrauterino (DIU) presentaron cambios significativos.

El nivel de conocimiento de por lo menos un método moderno es prácticamente universal, ya que todos los valores obtenidos superan el 95%.

CUADRO 5

PORCENTAJE DE MUJERES QUE CONOCEN AL MENOS UN METODO MODERNO Y METODOS ESPECIFICOS DE PLANIFICACION FAMILIAR, POR GRUPOS DE EDAD. ENP-1986.

Métodos	Grupos de edad						
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49
Todas las mujeres							
Al menos un método moderno	93.1	99.1	99.1	99.5	99.3	99.0	96.9
Píldora	90.2	97.5	98.2	98.1	98.4	97.7	94.5
DIU	67.5	90.4	94.5	94.1	93.1	93.7	89.5
Inyección	65.8	83.5	89.9	89.7	88.8	83.5	80.6
Método vaginal	60.2	83.5	85.8	87.4	86.5	82.9	73.6
Preservativos	50.2	71.8	76.7	75.6	75.3	67.0	59.3
Esterilización							
Femenina	80.0	92.5	96.2	96.4	97.0	95.1	90.3
Masculina	35.3	53.0	55.9	53.4	57.4	52.6	39.3
Abstinencia	43.5	66.6	71.1	68.0	68.0	59.5	56.6
Retiro	26.0	54.0	60.0	61.0	59.6	52.4	46.6
Otros métodos	5.3	10.9	13.8	15.0	15.6	14.1	13.8
Mujeres actualmente unidas							
Al menos un método moderno	98.1	100.0	99.9	99.8	99.5	99.2	97.5
Píldora	97.5	98.4	99.5	98.4	99.0	98.6	94.7
DIU	79.0	94.8	95.4	95.5	94.9	94.2	90.7
Inyección	84.9	92.3	94.0	92.8	90.4	84.6	81.3
Método vaginal	70.5	85.3	87.8	88.8	87.7	84.9	74.4
Preservativos	45.9	69.7	76.8	76.2	76.5	65.4	61.5
Esterilización							
Femenina	87.2	94.9	97.8	97.6	97.7	95.3	90.0
Masculina	28.4	48.2	55.2	54.2	56.9	53.6	39.3
Abstinencia	43.0	62.2	70.4	68.4	67.9	61.5	57.3
Retiro	37.5	60.1	63.2	62.5	61.8	54.3	49.6
Otros métodos	11.4	12.6	16.3	15.8	18.1	13.9	14.3

Fuente: Colombia. Encuesta de Prevalencia Demografía y Salud, 1986.

Una vez que se supo el número de mujeres que conocen métodos anticonceptivos se les preguntó si habían usado alguna vez un método.

Al observar el cuadro 6 vemos que el 49% de las mujeres colombianas y el 75% de las mujeres actualmente unidas han usado al menos un método moderno de anticoncepción.

También se observa que el porcentaje de los que han usado alguna vez la píldora aumentan hasta los 40 años de edad, mientras que el DIU comienza

a aumentar a partir de los 25 años en todas las mujeres y de los 20 años en las mujeres actualmente unidas.

CUADRO 6

PORCENTAJE DE MUJERES QUE ALGUNA VEZ HAN USADO ALGUN METODO ANTICONCEPTIVO, POR GRUPOS DE EDAD, ENP-86

Métodos anticonceptivos	Grupos de edad							
	Total	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49
Todas las mujeres								
Al menos un método moderno	48.7	7.3	40.5	68.1	72.4	74.4	66.2	51.8
Píldora	34.7	5.3	31.1	51.8	52.5	52.4	40.4	30.1
DIU	15.9	1.1	12.1	21.2	24.7	24.0	28.2	17.5
Inyección	8.0	1.1	6.0	14.0	14.0	10.5	8.5	5.9
Método vaginal	12.5	1.2	8.9	20.0	18.8	21.9	15.3	10.3
Preservativos	6.4	0.9	3.9	10.0	11.0	10.2	7.3	7.5
Esterilización								
Femenina	11.1	0.1	1.7	7.7	19.7	29.3	25.7	19.9
Masculina	0.2	0.0	0.0	0.2	0.2	0.5	0.6	1.0
Abstinencia	12.7	1.8	10.3	17.2	20.0	19.6	15.4	15.7
Retiro	12.3	2.1	11.4	17.0	15.9	17.3	17.2	16.2
Otros métodos	2.9	0.4	2.4	2.8	5.6	4.0	4.1	4.4
Mujeres actualmente unidas								
Al menos un método moderno	75.0	40.7	72.4	84.1	82.5	80.1	71.9	58.6
Píldora	53.8	31.2	55.8	64.7	59.9	56.3	42.7	35.4
DIU	25.1	8.0	23.2	27.8	28.8	24.9	30.3	19.0
Inyección	12.5	5.9	10.8	17.2	16.6	10.1	10.2	7.6
Método vaginal	19.1	4.5	15.5	25.6	20.4	23.7	15.6	12.8
Preservativos	10.4	3.8	7.5	12.9	12.6	11.9	8.2	9.0
Esterilización								
Femenina	18.3	0.0	3.2	10.6	24.3	33.4	31.6	21.8
Masculina	0.4	0.0	0.0	0.2	0.3	0.5	0.9	1.3
Abstinencia	19.6	9.5	16.9	21.2	23.0	22.8	18.8	15.6
Retiro	19.8	13.3	20.5	21.5	18.3	20.9	20.4	18.3
Otros métodos	4.6	2.6	4.0	3.9	5.9	4.8	4.9	5.4

Fuente: Colombia. Encuesta de Prevalencia Demografía y Salud, 1986.

El uso de algún método anticonceptivo de las mujeres no embarazadas y actualmente unidas ha aumentado para el área de residencia urbana entre 1978 y 1986 en un 27%, mientras que en el área rural el aumento fue de un 77%.

Los patrones de uso de los métodos anticonceptivos han cambiado, ya que para 1978 en la ciudad la píldora ocupaba el primer lugar y el DIU el segundo lugar. Mientras que para el año 1986 es la esterilización femenina la que ocupa el primer lugar y la píldora el segundo lugar.

CAUDRO 7
DITRIBUCION PORCENTUAL DE LAS MUJERES UNIDAS QUE USAN
ALGUN METODO ANTICONCEPTIVA, SEGUN REGION Y AREA DE
RESIDENCIA, NIVEL EDUCATIVO Y NUMERO DE HIJOS VIVOS, ENP-86

REGION, AREA DE RESIDENCIA, NIVEL EDUCATIVO NUMERO DE HIJOS VIVOS	TODOS LOS METODOS	METODOS									TOTAL	
		Píldora	DIU	Inyec- ción	Métodos vagina- les	Preser- vativos	ESTERILIZACION Feme- nina	mascu- lina	Absti- nencia	Retiro		OTROS METODOS
REGION												
Atlántica	51,6	15,8	3,2	2,7	2,5	0,6	20,1	0,2	2,9	2,9	0,8	100,0
Pacífica	66,1	16,9	10,6	2,8	1,9	0,9	20,8	0,6	5,0	5,9	0,8	100,0
Central	67,3	20,1	8,6	1,2	1,7	2,5	16,3	0,7	8,1	7,5	0,8	100,0
Oriental	65,5	13,1	13,1	3,4	1,6	1,4	18,8	0,0	4,2	8,9	1,0	100,0
Bogotá	74,8	13,2	23,7	3,0	4,3	2,8	16,4	0,2	7,0	3,0	1,3	100,0
AREA DE RESIDENCIA												
Urbana	70,2	18,1	13,2	2,9	2,5	2,0	19,2	0,4	6,4	4,5	1,1	100,0
Rural	53,6	13,0	6,3	1,3	1,9	1,1	16,9	0,2	4,2	8,3	0,5	100,0
NIVEL EDUCATIVO												
Sin Educación	50,7	9,0	4,9	0,9	2,2	0,0	24,7	0,6	1,5	6,4	0,0	100,0
Primaria	62,0	14,7	8,5	1,8	2,2	1,6	20,4	0,2	4,8	7,0	1,0	100,0
Secundaria	71,8	21,6	15,6	3,9	2,3	2,4	13,3	0,7	7,7	3,5	0,9	100,0
Superior	81,4	14,7	25,9	2,8	4,3	1,6	15,0	0,0	12,4	2,5	2,3	100,0
NUMERO DE HIJOS												
Sin Hijo	19,6	9,5	1,4	0,5	0,9	1,2	0,8	0,0	2,3	2,6	0,4	100,0
1 Hijo	56,1	23,6	13,2	2,3	2,1	1,2	1,8	0,2	5,5	4,9	1,3	100,0
2 Hijos	73,8	24,0	16,2	3,9	3,3	2,6	10,2	0,0	8,5	5,2	0,3	100,0
3 Hijos	77,0	17,7	13,9	2,5	1,9	1,8	26,2	0,4	5,8	6,0	0,8	100,0
4 y más Hijos	66,6	8,4	6,9	1,9	2,2	1,5	32,2	0,8	4,5	7,1	1,3	100,0
TOTAL	64,8	16,4	11,0	2,4	2,3	1,7	18,4	0,4	5,7	5,7	0,9	100,0

CUADRO 8

PORCENTAJE DE MUJERES NO EMBARAZADAS Y ACTUALMENTE UNIDAS QUE UTILIZAN ALGUN METODO ANTICONCEPTIVO, POR LUGAR DE RESIDENCIA, 1969-1978-1986.

Método anticonceptivo	1986		1978		1969	
	Urbano	Rural	Urbano	Rural	Urbano	Rural
Total	70	53	55	30	45	15
Píldora	18	13	20	12	10	2
Esterilización						
Femenina	19	17	9	5	2	1
DIU	13	6	10	4	5	1
Inyectables	3	1	1	1	0	0
Espermicidas	3	2	3	1	3	1
Condón	2	1	2	1	3	1
Ritmo	6	4	5	2	7	3
Retiro	5	8	4	4	11	5
Otros	1	1	1	*	4	1

* Menor que la unidad

Fuente: Colombia. Encuesta de Prevalencia Demográfica y Salud, 1986.

Los niveles de mayor uso de métodos anticonceptivos se localizan en la región de Bogotá con un 75% y la región con el mas bajo indice se localiza en la región Atlántica con un 52%.

La mayor incidencia de uso de métodos anticonceptivos se encuentra en las mujeres con 3 hijos, alcanzando el 77%, y las que tienen un nivel educativo superior (81%).

El conocimiento y uso de las fuentes de suministro de los métodos anticonceptivos esta generalizado y se sabe que son las droguerías y los organismos de salud del Estado para aquellos métodos como la píldora, inyección, condón, etc.. Para los métodos clínicos como la esterilización femenina y masculina, el DIU, las fuentes de suministro mas frecuentes son los hospitales y centros de salud, las clínicas de la Asociación Pro-Bienestar de la Familia Colombiana (PROFAMILIA).

CAPITULO II

MORTALIDAD INFANTIL Y EN LA NIÑEZ

2.1 Mortalidad según el sexo y área de residencia

La tasa de mortalidad infantil para la población colombiana se estimó en 33 defunciones de menores de un año por cada mil nacidos vivos para el período 1981-1986 (cuadro 9). Este cuadro muestra también con que rapidez bajó el nivel de la mortalidad en este país en solo 15 años. Una reducción equivalente a 3.1 por ciento en promedio por año. Esta reducción ha sido más pronunciado en los niños de 1 a 4 años, donde el descenso fue de 4.4 por ciento por año en promedio.

Para los diferentes grupos de estudio se observa en el mismo cuadro que las mayores reducciones en el nivel de mortalidad ocurrieron en los menores de 1 año en la zona rural y en los niños de 1 a 4 años de la zona urbana. En el primer caso, la tasa de mortalidad pasó de 69.8 en el período 1971-1975 a 33.5 en el 1981-1986, y en el segundo caso de 56.8 a 32.7 por mil respectivamente.

2.2 Mortalidad según la zona de residencia y la educación de la madre

En lo que se refiere a las estimaciones según la región, zona de residencia y educación, se puede apreciar en el cuadro 10 que para el período 1976-1986, la región Del Pacífico presenta la mayor mortalidad infantil y de la niñez (42.1 y 15.4 por mil respectivamente) seguida por la Atlántica y la Central. Las áreas urbanas y rurales no presentan grandes diferencias (38.5 y 40.9 por mil). Vale la pena destacar que la mortalidad infantil continúa siendo alta dentro del grupo de mujeres sin instrucción (60.2 por mil), lo que caracteriza condiciones socio-económicas muy precarias de dicho grupo. Se observa también que las mujeres con nivel secundaria tienen una tasa dos veces menor que las de sin educación.

2.3 Edad de la madre al nacimiento y intervalo intergenésico

Los diferenciales de mortalidad por sexo, edad de la madre al nacimiento, duración del intervalo intergenésico, y orden del nacimiento se presentan en el cuadro 11. Se observa que la mortalidad infantil y de la infancia es más alta en los varones, en madres de menores de 20 años y en paridades altas y en intervalos entre nacimientos menores a dos años.

Los resultados presentados parecen confirmar el hecho que a edades muy tempranas las madres, tienen embarazos muy seguidos. Mujeres multíparas presentan un mayor riesgo de mortalidad del recién nacido. La mortalidad es relativamente alta para el último subgrupo poblacional.

CUADRO 9
TASAS DE MORTALIDAD INFANTIL Y EN LA NIÑEZ EN
LOS TRES QUINQUENIOS ANTERIORES A LA ENCUESTA, SEGUN
AREA DE RESIDENCIA Y SEXO DEL NIÑO, ENP-86

NIVELES DE MORTALIDAD	QUINQUENIO		
	1971-1975	1976-1980	1981-1986
AREA URBANA			
Menores de 1 año	56.8	45.7	32.7
Entre 1 y 5 años	25.3	14.2	6.5
Menores de 5 años	80.6	59.2	39.0
AREA RURAL			
Menores de 1 año	69.8	49.9	33.5
Entre 1 y 5 años	34.4	22.0	14.5
Menores de 5 años	101.8	70.8	47.5
HOMBRES			
Menores de 1 año	63.9	50.8	32.8
Entre 1 y 5 años	27.0	14.0	12.8
Menores de 5 años	89.1	64.1	45.1
MUJERES			
Menores de 1 año	59.4	43.5	33.2
Entre 1 y 5 años	30.7	20.6	6.1
Menores de 5 años	88.2	63.2	39.1
TOTAL			
Menores de 1 año	61.7	47.3	33.0
Entre 1 y 5 años	28.8	17.2	9.6
Menores de 5 años	88.7	63.8	42.2

CUADRO 10
DIFERENCIALES SOCIO-ECONOMICOS DE LA MORTALIDAD INFANTIL
Y EN LA NIÑEZ PARA EL PERIODO 1976-1986, ENP-86

REGION, AREA DE RESIDENCIA Y NIVEL EDUCATIVO	TASAS DE MORTALIDAD		
	Menores de 1 año	Entre 1 y 5 años	Menores de 5 años
REGION DE RESIDENCIA			
Atlántica	41.7	11.5	52.7
Pacífica	42.1	15.4	56.9
Central	41.1	14.4	54.8
Oriental	33.2	14.8	47.5
Bogotá	35.5	4.9	40.2
AREA DE RESIDENCIA			
Urbana	38.5	9.7	47.8
Rural	40.9	17.6	57.8
NIVEL EDUCATIVO			
Sin Educación	60.2	23.0	81.8
Primaria	40.5	15.3	55.1
Secundaria	28.4	2.0	30.3
TOTAL	39.4	12.7	51.6

CUADRO 11

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS, POR TIPO DE ASISTENCIA DURANTE EL PARTO, SEGUN REGION, AREA DE RESIDENCIA Y NIVEL EDUCATIVO, ENP-86

REGION,, AREA DE RESIDENCIA Y NIVEL EDUCATIVO	TIPO DE ATENCION DEL PARTO						Total
	Doctor	Enfermera	Comadrona	Pariente	Otro cuidado	Ninguno	
REGION DE RESIDENCIA							
Atlántica	49.6	10.0	29.4	9.3	0.9	0.9	100.0
Pacífica	55.2	11.5	19.7	9.4	2.1	2.1	100.0
Central	56.9	11.8	20.3	8.5	1.3	1.1	100.0
Oriental	65.8	11.0	13.2	7.0	1.0	2.0	100.0
Bogotá	88.7	6.0	4.0	0.8	0.5	0.0	100.0
AREA DE RESIDENCIA							
Urbana	76.2	8.4	11.8	2.4	0.3	0.8	100.0
Rural	36.9	13.3	29.9	15.5	2.6	1.8	100.0
NIVEL EDUCATIVO							
Sin Educación	38.0	10.4	34.4	13.3	2.8	1.2	100.0
Primaria	51.1	12.6	23.2	10.3	1.3	1.4	100.0
Secundaria	83.6	6.5	7.5	1.0	0.6	0.9	100.0
Superior	92.0	2.5	5.5	0.0	0.0	0.0	100.0
TOTAL	61.1	10.3	18.8	7.4	1.2	1.2	100.0

CUADRO 12

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS, POR TIPO DE CUIDADO PRENATAL RECIBIDO, SEGUN REGION, AREA DE RESIDENCIA Y NIVEL EDUCATIVO, ENP-86

REGION,, AREA DE RESIDENCIA Y NIVEL EDUCATIVO	TIPO DE CUIDADO PRENATAL						Total	Vacuna Antitetánica
	Doctor	Enfermera	Comadrona	Otro cuidado	Ningún cuidado			
REGION DE RESIDENCIA								
Atlántica	60,2	3,1	1,3	0,0	35,4	100.0	43.2	
Pacífica	62.7	6.9	1.9	0.4	28.1	100.0	45.3	
Central	61.1	9.1	0.6	0.6	28.7	100.0	48.0	
Oriental	71.0	6.2	0.8	0.4	21.6	100.0	39.6	
Bogotá	89.2	3.8	0.0	0.0	6.5	100.0	7.5	
AREA DE RESIDENCIA								
Urbana	77.7	4.9	0.3	0.3	16.5	100.0	38.0	
Rural	49.8	7.8	0.2	0.2	40.4	100.0	40.7	
NIVEL EDUCATIVO								
Sin Educación	38.9	6.1	0.4	0.0	53.2	100.0	40.7	
Primaria	58.9	7.4	1.3	0.4	32.0	100.0	37.2	
Secundaria	87.4	3.9	0.2	0.1	8.4	100.0	43.1	
Superior	94.4	0.0	0.0	0.0	5.6	100.0	26.9	
TOTAL	67.0	6.0	1.0	0.3	25.7	100.0	39.0	

2.4 La atención del embarazo y el parto

a.- Atención del embarazo

El cuadro 12 presenta el tipo de cuidado prenatal que había recibido la madre y de quien la había recibido, para los nacimientos de los últimos cinco años anteriores a la encuesta. Se observa que más de las dos terceras partes de las mujeres recibieron atención prenatal por parte de personal médico. Aunque éste porcentaje es alto, existe una proporción grande de mujeres (26 por ciento) que no acudió a control prenatal.

La diferencial por zona de residencia es muy significativa. Sólo la mitad de las mujeres del área rural tuvieron control del embarazo por parte de un médico y casi una proporción similar no tuvo ningún tipo de atención durante los embarazos ocurridos en los últimos cinco años.

Por regiones, entre menos desarrollada sea ésta, más son las proporciones de madres que no reciben cuidados prenatales. En la región Atlántica, 35.4 por ciento de madres no controlaron su embarazo, mientras que en Bogotá ésta proporción es sólo del 7 por ciento. También la región del Pacífico y la región Central presentan una proporción alta de madres sin ningún cuidado.

Por nivel educativo, la relación es bien directa: a mayor educación mayor es la proporción de madres que acuden en busca de atención médica. Un 95 por ciento de las madres con nivel superior recibieron atención de un médico, mientras que las que no tienen ningún nivel educativo, sólo son el 39 por ciento. Se observa también que un 53.2 por ciento de madres de este último grupo no recibieron ningún cuidado prenatal.

En el cuadro 12 también se presenta información sobre la vacuna antitetánica que había recibido las madre como cuidado prenatal. A nivel nacional, sólo un 39 por ciento de las madres recibieron vacuna contra el tétano. Las madres controladas por enfermeras fueron las que en mayor grado recibieron ésta vacuna, especialmente las mujeres de la región Del Pacífico, y las residentes urbanas.

b - Atención del parto

El cuadro 13 presenta la información sobre la atención dada a las mujeres en el momento del parto. Un 61 por ciento de los nacimientos ocurridos en el grupo de mujeres entrevistadas, fueron atendidos por personal para-médico o por miembro de la familia.

Sin embargo, al analizar por área de residencia, las diferencias de disponibilidad de recursos humano se hacen bastante notorias. Si bien que en la zona rural, sólo 37 por ciento de ls madres tuvieron atención médica durante el parto. Así la comadrona adquiere mayor importancia en el área rural en los servicios obstétricos. En general el médico es el recurso lo más utilizado en todas las regiones, pero es indiscutible la importancia que tienen la comadrona para las madres de las regiones Atlántica y Central y también para las madres de nivel educativo inferior a la primaria.

CUADRO 13
 DIFERENCIALES DEMOGRAFICOS DE LA MORTALIDAD INFANTIL
 Y EN LA NIÑEZ PARA EL PERIODO 1976-1986, ENP-86

CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS	TASAS DE MORTALIDAD		
	Menores de 1 año	Entre 1 y 5 años	Menores de 5 años
SEXO			
Hombres	40.8	13.3	53.6
Mujeres	37.8	12.1	49.5
EDAD DE LA MADRE AL NACIMIENTO			
Menos de 20 años	46.5	15.2	61.0
20 - 29	36.7	11.7	47.9
30 - 34	45.3	11.6	56.4
35 o más	33.6	17.0	50.1
DURACION DEL INTERVALO ANTERIOR			
Menos de 24 meses	51.2	22.6	72.6
Entre 24 y 47	39.0	9.6	48.2
48 meses o más	23.2	2.6	25.8
ORDEN DE NACIMIENTO			
Primero Hijo	30.7	9.2	39.6
Secundo y Tercero	41.0	7.8	48.4
Cuarto y Sexto	42.2	19.6	60.9
Siete o Mayor	50.8	23.2	72.8
TOTAL	39.4	12.7	51.6

1.5 La vacunación de los niños

En la parte izquierda del cuadro 14 se observa que entre los niños menores de cinco años encontrados en la muestra, el 86 por ciento de ellos tenían un carnet de vacunación según la declaración de la madre. Sin embargo, sólo el 48 por ciento de ellos podían mostrar el carnet. Por lo tanto, la información que se presenta a continuación sobre vacunas específicas recibidas está basada en el 48 por ciento de carnets visto, es decir de 1268 niños para los cuales se pudo registrar la información.

Las mujeres de la zona urbana, de la región Central y de nivel primario son las que en su mayoría disponían de estos registros. Es explicable que las mujeres de más alta educación sean las que en mayor proporción carezcan de los carnets, toda vez que la atención en salud en éste aspecto tiene lugar en la práctica privada del sector salud y la mayoría de las veces el registro queda en el consultorio del médico.

Así, dentro de esta proporción, alrededor del 40 por ciento estaban vacunados contra el sarampión y habían recibido las tres dosis de la triple y la vacuna antipolio. Aproximadamente la mitad de los niños habían recibido la BCG.

Los mayores niveles de inmunización se encuentran en la región Central, pero en general no existen mayores diferencias para los distintos subgrupos poblacionales.

Cuadro 14

Cuadro 15

DEFUNCIONES DE MENORES DE 1 AÑO Y DE 1 A 4 AÑOS POR SEXO, SEGUN CAUSAS DE MUERTE
1979 - 1984

CAUSAS DE MUERTE	1979				1980			
	Menores de 1 año		1 a 4 años		Menores de 1 año		1 a 4 años	
	Masc	Fem	Masc	Fem	Masc	Fem	Masc	Fem
01	18.5	19.1	21.0	20.8	18.5	23.1	20.6	20.0
32	19.0	19.6	19.0	21.8	18.8	22.8	19.1	22.6
45	31.5	28.5			31.8	36.0		
19	5.9	6.2	8.9	9.3	5.6	7.3	9.0	10.0
46	5.3	5.5	10.5	9.2	3.7	5.0	9.1	8.8
44	3.9	4.4	1.6	1.5	5.4	5.8	2.4	1.9
Otras	15.9	16.8	38.9	37.3	16.3	19.6	39.7	36.6
TOTAL	15180.0	11828.0	5180.0	4955.0	12438.0	9751.0	4309.0	3922.0
CAUSAS DE MUERTE	1981				1982			
	Menores de 1 año		1 a 4 años		Menores de 1 año		1 a 4 años	
	Masc	Fem	Masc	Fem	Masc	Fem	Masc	Fem
01	15.9	16.9	16.5	17.0	17.3	17.7	18.8	17.9
32	18.7	19.8	21.2	23.1	16.5	17.0	19.2	20.4
45	33.5	29.9	...	...	33.6	32.1	...	...
19	5.6	5.7	8.2	8.5	5.4	5.9	7.5	8.9
46	4.2	4.7	9.1	8.8	4.7	4.3	9.9	10.1
44	4.9	4.9	1.9	2.1	6.2	5.8	2.4	2.5
Otras	17.2	18.2	42.5	40.6	16.3	17.2	42.1	40.2
TOTAL	13154.0	10098.0	4741.0	4435.0	11356.0	8769.0	4212.0	4019.0
CAUSAS DE MUERTE	1983				1984			
	Menores de 1 año		1 a 4 años		Menores de 1 año		1 a 4 años	
	Masc	Fem	Masc	Fem	Masc	Fem	Masc	Fem
01	17.8	17.7	20.1	20.0	13.5	14.7	17.8	16.9
32	15.0	15.9	17.3	18.9	15.2	16.1	18.0	21.8
45	36.3	34.3	...	...	38.9	36.0	...	...
19	5.8	5.8	7.3	8.3	4.0	4.5	5.6	6.9
46	3.4	3.4	9.6	10.5	3.5	3.2	8.5	8.2
44	7.0	7.2	2.9	2.7	7.7	7.4	3.4	3.7
Otras	14.7	15.8	42.7	39.6	17.0	18.2	46.8	42.4
TOTAL	10678.0	8456.0	3936.0	3738.0	9511.0	7239.0	3301.0	2895.0

Nota: Los números representan las causas siguientes:

- 01 : Enfermedades infecciosas intestinales
- 32 : Enfermedades del aparato respiratorio
- 45 : Ciertas afecciones originales en el período perinatal
- 19 : Deficiencias de la nutrición
- 46 : Signos, síntomas y estados morbosos mal definidos
- 44 : Anomalías congénitas

1.6 CAUSAS DE MUERTE EN LA NIÑEZ Y EN LA INFANCIA

Como hemos visto en este capítulo, la mortalidad de los menores de 1 año y en la infancia bajó de manera espectacular durante el período 1976-1986. Al ver como ha evolucionado la mortalidad por causas durante este período permite tener una visión más clara de los hechos a la hora de planificar en salud pública.

En el cuadro 15, se presentan los porcentajes de defunciones por sexo de menores de 1 año y de 1 a 4 años, según seis grandes causas seleccionadas. Presentamos seis grandes grupos, porque durante todo el período estudiado, éstas constituyeron más del 50 por ciento del total y superaron el 75 por ciento.

Se observa que las afecciones originadas en el período perinatal (45), son las más importantes más de 30 por ciento. Los menores de un 1 año mueren en mayor cantidad. En lo que se refiere a la evolución de las enfermedades, se puede decir, aún que la mortalidad ha bajado fuertemente, la proporción de cada causa no ha cambiado prácticamente. Salvo las dos primeras 01 enfermedades infecciosas intestinales y la 32 que corresponde a las enfermedades del aparato respiratorio que han bajado ligeramente.

Cuadro 15

DEFUNCIONES DE MENORES DE 1 AÑO Y DE 1 A 4 AÑOS POR SEXO, SEGUN CAUSAS DE MUERTE
1979 - 1984

CAUSAS DE MUERTE	1979				1980			
	Menores de 1 año		1 a 4 años		Menores de 1 año		1 a 4 años	
	Masc	Fem	Masc	Fem	Masc	Fem	Masc	Fem
01	18.5	19.1	21.0	20.8	18.5	23.1	20.6	20.0
32	19.0	19.6	19.0	21.8	18.8	22.8	19.1	22.6
45	31.5	28.5			31.8	36.0		
19	5.9	6.2	8.9	9.3	5.6	7.3	9.0	10.0
46	5.3	5.5	10.5	9.2	3.7	5.0	9.1	8.8
44	3.9	4.4	1.6	1.5	5.4	5.8	2.4	1.9
Otras	15.9	16.8	38.9	37.3	16.3	19.6	39.7	36.6
TOTAL	15180.0	11828.0	5180.0	4955.0	12438.0	9751.0	4309.0	3922.0
CAUSAS DE MUERTE	1981				1982			
	Menores de 1 año		1 a 4 años		Menores de 1 año		1 a 4 años	
	Masc	Fem	Masc	Fem	Masc	Fem	Masc	Fem
01	15.9	16.9	16.5	17.0	17.3	17.7	18.8	17.9
32	18.7	19.8	21.2	23.1	16.5	17.0	19.2	20.4
45	33.5	29.9	...	...	33.6	32.1	...	...
19	5.6	5.7	8.2	8.5	5.4	5.9	7.5	8.9
46	4.2	4.7	9.1	8.8	4.7	4.3	9.9	10.1
44	4.9	4.9	1.9	2.1	6.2	5.8	2.4	2.5
Otras	17.2	18.2	42.5	40.6	16.3	17.2	42.1	40.2
TOTAL	13154.0	10098.0	4741.0	4435.0	11356.0	8769.0	4212.0	4019.0
CAUSAS DE MUERTE	1983				1984			
	Menores de 1 año		1 a 4 años		Menores de 1 año		1 a 4 años	
	Masc	Fem	Masc	Fem	Masc	Fem	Masc	Fem
01	17.8	17.7	20.1	20.0	13.5	14.7	17.8	16.9
32	15.0	15.9	17.3	18.9	15.2	16.1	18.0	21.8
45	36.3	34.3	...	...	38.9	36.0	...	...
19	5.8	5.8	7.3	8.3	4.0	4.5	5.6	6.9
46	3.4	3.4	9.6	10.5	3.5	3.2	8.5	8.2
44	7.0	7.2	2.9	2.7	7.7	7.4	3.4	3.7
Otras	14.7	15.8	42.7	39.6	17.0	18.2	46.8	42.4
TOTAL	10678.0	8456.0	3936.0	3738.0	9511.0	7239.0	3301.0	2895.0

CAPITULO III

UN MODELO DE FECUNDIDAD, MORBILIDAD Y MORTALIDAD INFANTIL A BASE DE LAS CARACTERISTICAS DE LA MUJER.

En la Encuesta de Demografía y Salud (DHS) de la república de Colombia los hallazgos encontrados de mortalidad infantil, fecundidad morbilidad del último hijo nacido vivo, lo analizamos utilizando como variables explicativas la situación socioeconómica de la mujer.

Para poder desarrollar este análisis se planteó el siguiente modelo, en donde como es conocido hay muchas limitaciones y las variables utilizadas quizás son demasiado inespecíficas y heterogéneas, este modelo incluye la mayoría de las variables utilizadas en la Encuesta Demográfica y de Salud, y lo que nos proponemos es que a partir de esta información podamos explicarnos los resultados obtenidos que son: una baja de la fecundidad, disminución de la mortalidad infantil y de los niños de 1 a 4 años, así como de la morbilidad de los niños colombianos.

LAS VARIABLES SOCIOECONOMICAS Y CULTURALES DEL MODELO

Como podemos observar en la figura 1 este tipo de variables son exógenas van a actuar tanto en la fecundidad como en la morbi-mortalidad.

Las diferentes regiones y zonas urbanas y rurales del país van a tener diferentes características que junto al nivel de instrucción de la madre, la ocupación y a las prácticas y actitudes de la mujer van a actuar directamente en el nivel y la fecundidad, así como también a través de las variables intermedias denominadas **variables biológicas** (Erica Taucher), edad de la madre, orden de nacimiento, intervalo intergenésico, producen cambios en la estructura de la fecundidad y de esta manera en la mortalidad infantil y de la niñez, por otro lado las variables biológicas van a determinar que los hijos de madres jóvenes y en edad tardía de su vida fértil, que tengan un mayor número de hijos y que el tiempo transcurrido entre uno y otro hijo no sea mayor a dos años, tengan hijos en malas condiciones al nacer (niños prematuros y de peso bajo), lo que determina un aumento de la mortalidad neonatal.

Por otro lado las variables socioeconómicas y culturales también van a actuar sobre la mortalidad infantil a través de las denominadas **variables expositivas** que están determinadas por las condiciones ambientales y de servicio donde vive la mujer así como de los hábitos de alimentación y lactancia materna lo que nos determina el grado de exposición de estas mujeres para tener un niño sano y en buenas condiciones.

Además de las variables de exposición tenemos las **variables susceptibles**, que están conformadas por las actividades de la mujer en lo que se refiere a tener un buen control del embarazo, lo que determina que el parto sea realizado por personal calificado (médico u obstetrix) y que tenga control postnatal.

FIGURA 1

UN MODELO DE FECUNDIDAD, MORBILIDAD Y MORTALIDAD INFANTIL
A BASE DE LAS CARACTERISTICAS DE LA MUJER

Variables Socioeconómicas y culturales.

Lugar de residencia Urbano/Rural y Regional	Educación Nivel de Instrucción	Ocupación	Conocimiento Actitudes y Práctica
---	--------------------------------------	-----------	---

Variables biológicas

Edad de la madre
Orden de nacimiento
Número de hijos
Intervalo intergenésico

FECUNDIDAD

Condición del niño
al nacer

Exposición

Suceptibilidad

MORBILIDAD
Y
MORTALIDAD INFANTIL

Vivienda
Agua y alcantarillado
H i g i e n e personal
Alimentación
Lactancia

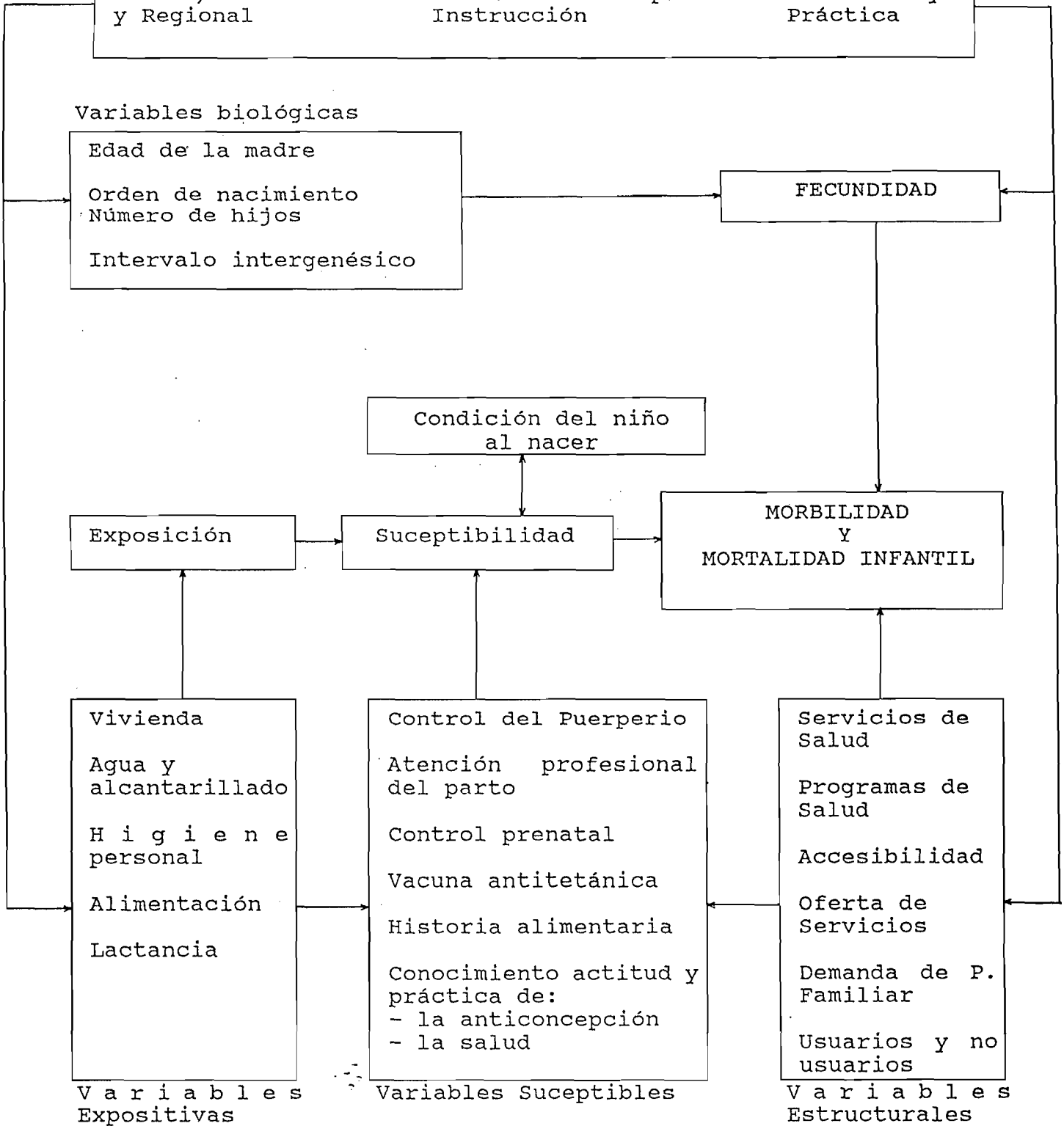
V a r i a b l e s
Expositivas

Control del Puerperio
Atención profesional del parto
Control prenatal
Vacuna antitetánica
Historia alimentaria
Conocimiento actitud y práctica de:
- la anticoncepción
- la salud

V a r i a b l e s
Suceptibles

Servicios de Salud
Programas de Salud
Accesibilidad
Oferta de Servicios
Demanda de P. Familiar
Usuarios y no usuarios

V a r i a b l e s
Estructurales



Dentro de este grupo de variables esta encuesta da especial atención a la vacuna antitetánica recibida por la madre durante el embarazo, que es de beneficio tanto para la madre como para el niño. Los conocimientos y actitudes y prácticas de la mujer en cuanto a salud, nutrición y anticoncepción tienen una gran relación con las demás variables susceptibles.

La susceptibilidad junto a la exposición están actuando directamente sobre el estado de salud del niño y la mortalidad infantil.

Por último, las variables estructurales determinadas por la oferta de servicios de salud y planificación familiar proporcionada por los organismos gubernamentales y no gubernamentales a través de diferentes programas, la demanda de servicios de salud por parte de la mujer y planificación familiar, también forman parte de estas variables estructurales.

En este grupo tratamos de conocer la participación de los usuarios de los diferentes programas, también los criterios de los no usuarios sobre los programas, participa también la variable accesibilidad de los usuarios a los servicios mencionados. De tal manera que como se puede apreciar en el diagrama 1 las variables estructurales van a determinar una mayor o menor morbimortalidad infantil, así como también una alta o baja fecundidad de acuerdo a la utilización o no de los diferentes programas.

CAPITULO IV

PROGRAMAS DE SALUD MATERNO-INFANTIL

4.1 ANTECEDENTES

La implementación de programas de salud implica necesariamente el de disponer de antecedentes que nos permitan en un primer momento elaborar un diagnóstico de la situación real de la población a la fecha. Luego será indispensable conocer la fuente de datos que se dispone para el mencionado diagnóstico, en el trabajo que estamos desarrollando nos proporciona la información, la Encuesta de Demografía y Salud de Colombia, lo que nos permite analizar la tendencia de las variables en estudio desde la primera encuesta de este tipo (Encuesta Mundial de Fecundidad) hasta nuestros días. (Encuesta de Prevalencia Demografía y Salud, 1986)

El análisis de la información de las relaciones coyunturales existentes entre la fecundidad, la mortalidad infantil y las causas de muerte, su situación actual permitirán el plantear la implementación de Programas de Salud Materno-Infantil, principalmente en las áreas de mayor riesgo en salud.

La información con la que contamos para el diagnóstico proviene de la encuesta de Demografía y Salud la misma que corresponde a la información proporcionada por 5331 mujeres que pertenecen a 4873 hogares; así como también fue necesaria la información de datos de los censos y de estadísticas vitales.

La información recolectada en salud es fundamental para trazar los planes y programas de desarrollo, y es básica para un eficiente uso de los recursos disponibles, que con frecuencia son muy limitados en nuestros países, lo que obliga para que los administradores de la salud optimicen al máximo los recursos existentes con programas que realmente logren un cambio en las variables demográficas. Desde el punto de vista demográfico la información es también importante en el estudio de los factores que afectan la morbilidad y la mortalidad, especialmente en los primeros años de vida de los niños.

La información de las encuestas es como indicamos, un valioso instrumento para el establecimiento y la evaluación de los planes de salud de las poblaciones en estudio, así como también nos facilita el estudio de los factores que afectan el cambio de las variables analizadas, a diferencia de la información de otras fuentes que no permiten esta dinámica para el análisis.

Las encuestas recolectan información de aquellos grupos de la población que no están recibiendo atención de servicios de salud, por intermedio de un Centro de Salud, lo que no permitiría que contemos con datos estadísticos sobre salud.

Las encuestas de Demografía y Salud nos dan información sobre los siguientes temas indispensables para la elaboración de planes y programas.

La atención Materno-Infantil que abordada de diferente manera por cada país e inclusive para cada región de un mismo país. Contamos con información de control de la embarazada, tipo de atención del parto, atención posnatal. Información del control del niño sano en los primeros seis meses de vida, control de vacunas (en otros países se analizaron exámenes de orina y de sangre), las encuestas permiten conocer que el aumento de la escolaridad de la mujer influye en mayor conciencia y educación de Salud y que a su vez esto se refleja en porcentajes mas altos de atención para mujeres con un mayor número de grados aprobados. En estos hogares igual situación se presenta al analizar en estatus del marido.

En general es de esperar que la información por regiones naturales o el tipo de residencia presente resultados coherentes con los grados de desarrollo de las diferentes regiones de los países.

Los porcentajes de las variables en las mujeres jóvenes con un mayor número de hijos aparecen relativamente más alto y con menor atención prenatal, del parto, puerperio, etc; igual situación encontraremos en mujeres con niveles de educación menor y con mayor grado de ruralidad.

4.2 LOS PROGRAMAS DE SALUD MATERNO-INFANTIL

Los programas de salud materno infantil pueden ser elaborados partiendo de tres grandes áreas o componentes principales:

Los de crecimiento y desarrollo

Las del comportamiento reproductivo

Las de prevención y manejo de la morbilidad infantil más frecuente

Para la elaboración de estos programas tenemos que estar muy concientes del rol de la madre, muy fundamental en la integración y el manejo de la morbilidad y el manejo del niño. La madre para desarrollar este rol cuenta con un gran conocimiento popular.

El nivel primario de salud no debería considerar al Puesto de Salud como la última rueda del coche (estructura del sistema de atención en salud) sino que debe ampliar su servicio hacia la familia, incorporándola a través de programas de educación y capacitación comunitaria a las redes familiares y sociales de apoyo, fortaleciendo la creación de "ámbitos permanentes" de atención materno infantil. Al implementar estos programas tratamos de ampliar el concepto de cobertura más allá de las relaciones mecánicas de la oferta y la demanda en favor de un conocimiento más amplio de la realidad y de los recursos humanos comunitarios.

Antes de implementar un programa de salud materno infantil que considere la fecundidad, la mortalidad infantil, las causas de muerte y las relaciones existentes entre si, hay que considerar si estas estrategias estan implícitas en las políticas de salud, lo que es una condición sinequanon para formular el plan, ya que es mas política y debe ser considerada a largo plazo para que tenga éxito e impacto en la población a la que va dirigida.

Luego de determinar que el programa forma parte del proyecto político del país realizaremos un análisis y un diagnóstico de la situación al momento de formular el plan, utilizando información de los censos como se

indicó y de información intercensal proporcionada por encuestas especiales de salud y demografía.

Un plan de salud representa un diseño lo mas coherente, viable y eficaz posible con que la administración propone llevar a cabo una política de salud en la totalidad o en parte del sistema, proporcionando la mejor solución, inversión y utilizando y reforzando los programas ya existentes los mismo que deben reunir los principios de equidad, igualdad y ser desarrollados en su debida oportunidad.

Las prioridades para la formulación, ejecución y evaluación de programas deberán ser hechos en un plazo donde se disponga de recursos financieros y se de prioridad a los problemas que afectan en mayor proporción a los grupos poblacionales de mayor riesgo de padecer enfermedad y mortalidad.

Los objetivos de los programas de atención materna e infantil serán formulados una vez identificados los problemas existentes.

Las estrategias para poner en marcha estos programas se lograrán al culminar las discusiones de un proceso de discusión y decisión en la planificación de los mismos. El paso siguiente es el de ejecutar las acciones lo cual es tarea de los administradores de la salud.

Las actividades y los recursos serán llevados a cabo una vez que esten formulados los objetivos de la reducción de problemas que deben precisar la naturaleza y cantidad de actividades que requieran las estrategias establecidas a fin de obtener el resultado esperado.

Resumiendo los proyectos y programas de salud son proposiciones destinadas a la producción de bienes y servicios con miras a obtener un determinado resultado, mejorando la capacidad operativa del sistema y contribuyendo de ese modo al logro de los objetivos de salud del plan. El proyecto no es sólo el diseño detallado de una proposición que debe ser ejecutada sino también es su realización completa. En determinados programas se pueden conseguir los objetivos a bajo costo y alta eficiencia o alto costo y con poca eficiencia.

4.3 PROGRAMAS DE SALUD EN COLOMBIA

Como en todo país de América Latina es evidente la relación entre los programas de salud, educación y nutrición que son enfocados para lograr una mejor eficacia en la asignación de recursos y el logro de resultados. Las políticas para el sector salud están relacionadas con el Plan Nacional de Alimentación y Nutrición, Programas de Desarrollo Rural Integrado, y Planes del Sector Educativo, la Integración de los Servicios en Zonas Marginales y Urbanas.

Los programas en Colombia consideran a los niños y a las mujeres embarazadas como una prioridad en la estrategia de salud. Al igual que los programas de agua potable, alcantarillado, campañas de vacunación y educación en salud y nutrición.

La política general del sector salud busca modificar el nivel y la estructura de la mortalidad y morbilidad en los grupos de mayor riesgo a través de intervenciones en las variables socioeconómicas y ambientales mediante la prestación de servicios de salud y de la participación de la comunidad. Con este propósito buscamos ampliar la cobertura de servicios, mejorar su calidad y eficiencia, ampliar la infraestructura física existente y la construcción de estructuras en los lugares que fueron identificados de mayor riesgo por la encuesta de prevalencia de demografía y salud, canalizar recursos económicos necesarios incluyendo los provenientes de la ayuda internacional.

El principal objetivo de la política es aumentar la cobertura de los servicios de salud en favor de los niños y de las madres, reduciendo la mortalidad y la morbilidad, disminuyendo la brecha entre lo urbano y lo rural, utilizar al máximo la capacidad hospitalaria, aumentar la formación del personal paramédico, coordinar las instituciones de salud.

Para cumplir con estos objetivos se cuenta con los siguientes instrumentos: Sistema Nacional de Salud, Plan Nacional de Alimentación y Nutrición, Plan de Inversiones en Acueducto y Alcantarillado, Centros de Atención Integral al Preescolar, Programa de Desarrollo Fronterizo y Programa de Fortalecimiento de los Hospitales.

La salud en Colombia esta cubierta por el gobierno en un 80%, y la seguridad social y la atención privada el resto.

El Ministerio de Salud es el órgano rector de las políticas de salud en el país y cuenta con 5 organismos autónomos especializados que son: El Instituto Nacional de Salud (INS), el Instituto de Fomento Municipal (INSFOPAL), el Fondo Nacional Hospitalario (FNH), el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), el Instituto de Cancerología y las Cajas de Previsión Social a Nivel Nacional, Regional y Local.

La distribución de los recursos de salud, tanto en estructuras físicas como en recurso humano y tecnológico, se halla concentrada en mayor proporción y con mayor eficiencia y calidad en las regiones más desarrolladas del país.

En los resultados de la encuesta de prevalencia de Demografía y de Salud los recursos utilizados por parte de la población colombiana es mayor en las áreas mas desarrolladas, destacandose la demanda por servicios de atención institucional del parto.

BIBLIOGRAFIA

- Conapo. Investigación en Planificación Familiar y Servicios de Salud. Lima Perú. 1984
- Departamento Nacional de Planificación para cerrar la brecha. Programas de Salud y Saneamiento ambiental. Plan de Desarrollo Social Económico y Regioanl. 1975-1978. Ministerio de Salud Bogotá-Colombia 1975.
- Durán Nápoles Hernán. Aspectos Conceptuales y operativos del Proceso de Planificación de la Salud. CEPAL-ILPES Naciones Unidas. Santiago de Chile, Agosto 1989.
- Encuesta de Prevalencia, Demografía y Salud. 1986. Corporación Centro Regional de Población. Ministerio de Salud de Colombia. Institute for Resourc Development/Westinhouse. Bogotá marzo de 1988.
- Encuesta Nacional de Fecundidad Colombia. 1976. Departamento Administrativo Nacional de Estadística-DANE-. Corporación Centro Regional de Población. Instituto Internacional de Estadística.
- Fernández Rogelio. Análisis de la Información sobre Atención Materno-Infantil de las encuestas de fecundidad en América Latina. Instituto Nacional de Estadística. 1984.
- Prada Elena. Ojeda Gabriel. 1986. Primeros hallazgos de la Encuesta de Demografía y Salud de Colombia, Prespectivas Internacionales en Planificación familiar. Número especial de 1988.
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística-DANE. 1979-1984. Registro de Defunciones en Colombia.

ANEXOS

Anexo 1

RELACIONES ENTRE FECUNDIDAD Y MORTALIDAD (INFANTIL Y MATERNA), EFECTO DEL DESCENSO DE LA FECUNDIDAD SOBRE LA MORTALIDAD INFANTIL.

Con las encuestas nacionales de demografía y salud el campo del análisis demográfico se ha ido ampliando enormemente.

El presente estudio analiza el comportamiento de las variables de fecundidad en relación a la mortalidad infantil, así como a sus factores determinantes, la edad de la madre, el intervalo intergenésico, el orden de nacimiento de los hijos, el tiempo de duración de la lactancia materna, amenorrea postparto, la abstinencia sexual luego del parto, etc.

Los investigadores han utilizado como fuente de datos las estadísticas vitales y las encuestas de Fecundidad, principalmente la Encuesta Mundial de Fecundidad y las Encuestas de Demografía y Salud (WFS y DHS respectivamente). En otros estudios se han utilizado también datos de los Censos en los que encontramos información del número de hijos que ha tenido la mujer, y características socio-económicas de las mujeres censadas.

Los cambios encontrados en las variables demográficas en estudio, son el resultado del constante crecimiento de la población y del grado de urbanización alcanzado por estos grupos. Es así como, encontramos que a mayor grado de desarrollo económico, social y cultural la disminución de la mortalidad y la fecundidad es muy evidente, y lo están demostrando los resultados de las 35 encuestas que se encuentran realizando en el mundo sobre salud y demografía bajo la dirección del Instituto para el Desarrollo de los Recursos IRD.

La baja tanto de la mortalidad y la fecundidad explica la estrecha relación entre los niveles de desarrollo y estas variables.

DESCENSO DE LA FECUNDIDAD Y MORTALIDAD

El descenso de la fecundidad sólo se inicia una vez que la mortalidad infantil se encuentra en niveles bajos

En comunidades que no cuentan con programas de Planificación Familiar y que tienen altas tasas de mortalidad infantil, este fenómeno trae como consecuencia que las mujeres experimenten un acortamiento del tiempo entre el nacimiento de los hijos, disminución del espacio intergenésico, el mismo que es producto de la interrupción de la lactancia y de la amenorrea posparto, lo que acarrea como es conocido un mayor número de hijos por mujer.

Otra razón para el aumento de la fecundidad cuando la mortalidad es alta es el deseo de reemplazo de un nuevo hijo que experimentan las madres cuando este ha fallecido lo que determina un mayor número de hijos por mujer al final de su ciclo reproductivo.

RELACIONES DE LA MORTALIDAD INFANTIL Y LA FECUNDIDAD

La baja de la fecundidad logra desplazar la estructura de los nacimientos hacia órdenes menores, a edades maternas más adecuadas y con intervalos previos más largos, lo que repercutirá favorablemente en las tasas de mortalidad infantil, reduciéndola a niveles más bajos.

Las intervenciones con programas que ayudan a bajar las tasas de fecundidad como los de control de la natalidad o de planificación familiar por sí solos no producen baja de la mortalidad infantil, ni susstituyen las acciones de los programas de salud, como la asistencia alimentaria, control del niño sano, vacunación, etc.

La salud de la madre y de los niños ha mejorado con tasas de fecundidad bajas observandose que la baja de la fecundidad asociada con baja de la mortalidad infantil esta determinada por los niveles SOCIO-ECONOMICOS y estan inversamente relacionadas.

La fecundidad es producto de la disminución en el número absoluto de nacimientos registrados en un país. Esta característica podría determinar el desarrollo de acciones positivas en el campo de la salud tales como el incrementar el cuidado de la embarazada, la atención profesional del parto, etc.

CONTRASTES DE LA FECUNDIDAD Y LA MORTALIDAD

Al relacionar estas dos variables en el caso de un análisis utilizando información de los censos nacionales del Ecuador, encontramos que podemos realizar una categorización de tipo socio-económico.

Encontramos una situación de moderada fecundidad, que se expresa en valores de la TGF comprendidas entre 2.9 y 3.8. En este grupo encontramos a mujeres que integran los estratos profesionales y directivos y de trabajadores no manuales, estas mujeres representan el 15 por ciento del total de integrantes de estos estratos socioeconómicos identificados. Una segunda categoría corresponde al nivel medio de fecundidad con una TGF de 3.9 a 5.9 hijos por mujer. Algo más de la mitad de las MEF, pertenecen a esta categoría los trabajadores asalariados e independientes (no agrícolas) y las de tipo residual (no asignados e inactivos), son mujeres que han alcanzado de 4 a 6 años de estudio. La categoría alto nivel de fecundidad identifica a mujeres que tienen 6 o más hijos. Representan el 44 por ciento de las MEF, en su mayoría habitan en regiones rurales del país. Pertenecen a hogares cuyos jefes son trabajadores agrícolas y su grado de educación es bajo.

De los datos encontrados sobre la fecundidad podemos concluir que la fecundidad se manifiesta con un ritmo más elevado entre los trabajadores manuales e independientes agrícolas que se distinguen por un bajo grado de educación y se localizan en el medio rural.

De igual forma en el mismo grupo de mujeres, analizando la mortalidad infantil encontramos un grupo que presenta una mortalidad infantil baja de 29 a 39 por mil nacidos vivos, que lo encontramos en el estrato más alto. La mortalidad infantil media con tasas entre 40 a 69 por mil, que

caracterizan a las mujeres urbanas, el 56 por ciento del total de MEF, corresponden a hogares de trabajadoras no agrícolas, el 33 por ciento entre 4 y 6 años de estudio.

La mortalidad infantil alta con tasas que varían entre 70 y 80 por mil, lo conforman mujeres de estratos sociales marginales (31 por ciento). Hay otra categoría de mortalidad infantil muy alta con tasas de 90 por mil o más, que pertenecen a hogares de trabajadores agrícolas independientes (25.8 por ciento de las MEF).

De los datos encontrados de mortalidad infantil, en suma pareciera ser que los riesgos más elevados de muertes los experimentan los niños de hogares pertenecientes a los campesinos de la Sierra.

De las tasas presentadas de fecundidad y mortalidad se desprende que existe cierta concordancia en el comportamiento de estas variables consideradas en cuanto a su representación diferencial, según diversos factores SOCIO-ECONÓMICOS. Aparentemente, las mujeres con mas alto riesgo de mortalidad infantil son las mismas que presentan una elevada fecundidad. Se tratan aquellas que están vinculadas al trabajo del campo, principalmente en las zonas rurales de la Sierra y que poseen un bajo nivel de instrucción regular.

En condiciones socio-económicas deplorables la mortalidad de los menores es muy alta, las mujeres tratan de compensar la pérdida de su descendencia y de este modo exhiben un patrón reproductivo elevado.

Lo más importante de señalar es el hecho de que los cambios (descenso de mortalidad y de fecundidad) experimentados por estos grupos han sido notoriamente más lentos que los registrados por el resto de la población.

En este análisis de las relaciones entre fecundidad y mortalidad es importante anotar que la mayor intensidad de los diferenciales de la mortalidad infantil posneonatal, que neonatal. Puede determinarse que no existe suficiente evidencia para rechazar la naturaleza biológica de los diferenciales, lo que significa que toda mujer que tiene hijos en edades demasiado tempranas o tardías; que los tienen muy seguidos, o que tienen hijos de alto orden de nacimientos lo expone a un mayor riesgo de muerte dentro del estrato socioeconómico al cual pertenece.

La planificación de la familia no resolverá por sí sola el problema de la alta mortalidad infantil. Será necesario corregir simultáneamente las condiciones adversas que causan mayor mortalidad infantil en grupos de menor nivel socio-económico, y para disminuirla será necesario suplir el mal estado socio-económico con programas de salud, de alimentación complementaria y otros especialmente dirigidos a la disminución de la mortalidad infantil.

RECOMENDACIONES

Como recomendación de la presente revisión de bibliografía sobre el descenso de la mortalidad y la fecundidad y sus implicancias cabe destacar que en este último decenio contamos con gran cantidad de información para este tipo de análisis como lo demuestran las 35 encuestas de Demografía y

Salud que se están terminando de realizar en igual número de países, las mismas que han tomado en cuenta para la elaboración de las preguntas de la boleta las variables de fecundidad (edad de la madre, orden de nacimientos y período de tiempo entre uno y otro hijo, entre otras variables), lo que nos permite realizar análisis comparativos entre países.

Las oficinas gubernamentales y las organizaciones no gubernamentales sin fines de lucro, serán las encargadas de conseguir los recursos financieros que permitan realizar estudios a profundidad utilizando esta información.

Los hallazgos encontrados en la revisión nos demuestra el enorme campo de acción que existe para intervenir con programas que modifiquen positivamente las variables biológicas que inciden en la fecundidad, así como también las variables socio-económicas, lo que resultará en tasas de mortalidad infantil más bajas, que repercutirán para que en la población haya madres y niños más sanos.

Anexo 2

CAUSAS DE MUERTE

ANTECEDENTES

La declaración de las causas de muerte y su explotación estadística se han generalizado en las grandes ciudades europeas y americanas al inicio del siglo XIX, en razón de los problemas sanitarios, consecuencias de las concentraciones humanas, y en particular para fines de medir la amplitud y la duración de las enfermedades epidémicas.

La necesidad de una clasificación internacional de las causas de muerte apareció en el primer congreso internacional de estadística tenido en Bruselas en 1853. Una primera nomenclatura de 139 grupos de enfermedades fue adoptada en el segundo congreso en París en 1855, conforme a los proyectos elaborados por el doctor William Farr, (de Londres), y el doctor Marc d'Epine, (de Geneve).

Esta nomenclatura basada sobre conceptos caducados no podía ser operatoria. Así, en 1893 una nueva nomenclatura elaborada por el doctor Bertillon, París, fue adoptada en la reunión del Instituto Internacional de Estadística en Chicago. Unos años más tarde, a fines del siglo XIX, un nuevo congreso del IIE que decidió atribuir importancia a ese tema, recomendó revisar la nomenclatura en forma periódica. Por eso, cada 10 años aproximadamente, se produce una nueva revisión. La sexta revisión de 1948 en París - después de la segunda guerra mundial bajo los auspicios de la OMS- se intrujeron modificaciones muy importantes en el contenido de la clasificación vigente. De hecho, en esta fecha se adoptó una nueva fórmula de clasificación internacional que es la que se conoce actualmente. Desde 1948, la OMS ha realizado tres revisiones, en 1955, 1965, y en 1975.

Así, al revisar los estudios sobre causas de muerte, nos encontramos con dos grandes problemas. El primero es que, como resultado de las múltiples revisiones efectuadas, no hay series estadísticas continuas para períodos prolongados y, el segundo, es la falta de un significado claro y preciso en los criterios utilizados en el reagrupamiento de las causas de muerte.

CLASIFICACION DE LAS CAUSAS DE MUERTE

Una primera manera que se puede clasificar las causas de muerte conduce a dos grandes grupos, según su naturaleza.

1.- Las causas endógenas que provienen de la constitución genética del individuo, de las malformaciones congénitas, del traumatismo provocado por el nacimiento o de la degeneración producida por el envejecimiento del organismo.

2.- Las causas exógenas que corresponden a circunstancias o factores externos al individuo, tales como las enfermedades infecciosas y parasitarias y los traumatismos accidentales.

Cuando la mortalidad esta bajando, las muertes por causas exógenas pierden su peso relativo con respecto al total de las defunciones, por el contrario se observa en las muertes por causas endógenas.

Otra clasificación hecha por las Naciones Unidas en un estudio teórico agrupa las enfermedades según su comportamiento frente a la acción sanitaria, se clasifican en cinco grupos.

En resumen, puede decirse que todas estas clasificaciones se apoyan en la clasificación internacional de enfermedades, y corresponden a las necesidades de cada autor y también al difícil manejo en un estudio de todas las causas de muerte. Pero ésa tiene varios niveles de desagregación que facilitan su manejo.

Primero se habla de la clasificación de "las mil causas" que esta codificada a tres dígitos. También existe la lista A de 150 causas, cuyo nivel de agregación por supuesto es menor, pero permite hacer análisis con cierto detalle. Por último, existe la lista B de 50 causas que presenta la ventaja de que las tabulaciones por causa de muerte son simples y fáciles de manejar a cambio de presentar un grado de detalle relativamente bajo.

Con el fin de facilitar la homogeneidad internacional en la recolección de la información sobre causas de muerte, la OMS presentó en una reunión, un modelo de certificado médico.

METODOLOGIAS DE ANALISIS DE LA MORTALIDAD POR CAUSA

Las tasas de mortalidad por causas.

La distribución por edad y sexo de las defunciones por causas permite hacer el análisis más sencillo en el estudio de la mortalidad por causa, calculando tasas de mortalidad por causas según sexo y edad. Estas tasas permiten:

a.- Trazar un perfil de la mortalidad por sexo según la edad por cada causa estudiada.

b.- Conocer el peso relativo que tiene cada una de las causas en el conjunto de la mortalidad a la edad o grupos de edades consideradas.

Las tablas de mortalidad en el estudio de las causas.

Otra metodología utilizada en el estudio de la mortalidad por causa es la construcción de tablas por causas de fallecimiento (o más bien por grandes grupos de causas).

El problema de la determinación de tablas de mortalidad en esta materia fue propuesto por DVILLARD en Francia en 1806. Pero esta metodología, conocida hoy día como método de BALOCHE y NIZARD.

Otras metodologías.

PERSTON (1976) estableció un modelo internacional de variación de la estructura de la mortalidad según la variación del nivel de la mortalidad general con el objeto de establecer patrones típicos de cambio de la mortalidad y explicar las diferencias regionales y temporales de la estructura de la mortalidad por causas. Con los once grupos de causas de muerte (PRESTON, KEYFITZ Y SCHOEN, 1972), en 165 poblaciones se propuso utilizar un modelo lineal.

Este modelo puede ser utilizado para evaluar la información de un país determinado, comparando las tasas tipificadas observadas con las esperadas según el nivel de mortalidad general.

TAUCHER (1978), utilizando su agrupamiento de causas de muerte según grado de evitabilidad hizo un estudio sobre Chile para investigar la contribución de cada grupo de causas. Realizó las siguientes comparaciones:

Las tasas de mortalidad observadas con las tasas de mortalidad esperadas tomando una población tipo y las tasas por edades y grupo de causas. Esto muestra el cambio ocurrido en los riesgos de morir por cada grupo de causas de muerte.

Las muertes observadas con las esperadas de acuerdo con las tasas tipificadas. Las diferencias de ambas representan las defunciones evitables en cada grupo de causas de muerte. La distribución relativa de la diferencia permite apreciar la contribución de cada grupo de causas al número absoluto de muertes evitadas.

Ambas comparaciones se hacen para dos períodos distintos.

Existen otras metodologías para el análisis de la mortalidad por causas, pero enfocadas de la misma manera de una u otra forma, ya mencionadas anteriormente.

CAUSAS DE MUERTE EN CUATRO PAISES DE AMERICA LATINA: CHILE, MEXICO, URUGUAY Y VENEZUELA

Se han elegido estos cuatro países con fines de facilitar la comparación. Pues de un lado la clasificación que ha hecho la doctora ERIKA TAUCHER, de causas de muerte evitables y difícilmente evitables, fue aplicada en aquellos países, y de otro lado, las estadísticas vitales son confiables.

Certificación médica

La primera comparación que se puede hacer es ver como se ha evolucionado la certificación médica en dichos países. Se observa que entre 1965 y 1978 el índice que mide la calidad de los datos sobre causas de muerte (proporción de muertes certificadas por un médico), mejoró en forma importante en tres de los cuatro países, salvo Chile, cuyo índice esta experimentando un descenso lento desde 1969.

Es importante señalar que este indicador representa en cada país el total nacional, de tal manera que al interior del país, principalmente entre las zonas rurales, se dan diferencias significativas. De todas formas es muy probable que esta evolución sea resultado de mayor cobertura de los servicios de salud en el país. El caso de Chile, el descenso coincide con un reglamento del Ministerio de Salud que establece que los médicos no deberán certificar las muertes de los fallecidos sobre los que no hubieran tenido conocimiento directo.

Proporción de causas mal definidas

Otra comparación que se puede hacer es la de la proporción de causas mal definidas. Este indicador se usa para evaluar las estadísticas sobre mortalidad por causas, lo que representa el porcentaje de defunciones clasificadas como "Síntomas y Estados Morbosos Mal Definidos", que incluyen aquellos estados patológicos en los cuales no se ha podido obtener un diagnóstico clasificable en otra sección. Se observa que Uruguay tiene la proporción menor en 1965 y también en 1978.

Luego viene México que tuvo un descenso, pasando de 18.6 a 8.9 por ciento. Chile, cuya proporción incrementó de 10.8 a 13.0, y Venezuela que tiene la mayor proporción con tendencia al descenso, sea 25.0 por ciento en 1965 a 14.2 en 1978.

Es importante señalar que la cobertura en cada uno de los países es diferente. Uruguay tiene un 9.3 por ciento de total sin información sobre muertes corregidas, Chile un 13, México 22.5, y Venezuela un 22.6 por ciento.

Las causas de muerte (agrupamiento Dra. Taucher)

En el cuadro siguiente se presenta la comparación de las causas de muerte entre los cuatro países en estudio. Las diferencias entre Uruguay y el resto de los países se explican principalmente por un nivel de mortalidad y una estructura por edad diferente. Por lo tanto, la importancia de las muertes evitables en Uruguay son menores y la de las muertes no evitables son casi el doble con respecto a los otros países.

Otra observación que se hace y que tiene que ver con la confección propia de los grupos, es el relacionado con el grupo residual que queda (otras). En los cuatro países si se suma éste último con el de las mal definidas constituyen más de 25 por ciento de las muertes, dificultando la asignación de estas causas según su grado de evitabilidad.

DISTRIBUCION RELATIVA DE LAS DEFUNCIONES SEGUN
 LOS GRUPOS DE CAUSAS DE MUERTE PROPUETOS POR TAUCHER
 CHILE 1974-1975, URUGUAY 1974-1975,
 VENEZUELA 1978, Y MEXICO 1981-1982

Agrupamiento	A	B	C	D
Total	100.0	100.0	100.0	100.0
Evitables				
a) Vacunación o trat. prev.	1.3	0.8	1.1	2.1
b) Diagnóstico y trat. méd. precoz	4.3	5.2	3.4	5.5
c) Saneamiento ambiental	3.9	1.5	5.5	9.0
d) Medidas mixtas	34.2	13.5	30.4	35.8
e) Dificilmente evitables	28.9	52.5	26.6	22.1
f) Mal definidas	9.8	6.4	14.2	6.0
g) Otras	17.6	20.1	18.9	19.3

Fuente: Leticia Rodríguez Ochoa, México: Contribución de las causas de muerte al cambio en la esperanza de vida al nacimiento. 1970-1982.

Anexo 3

En este capítulo se estudia las causas de muerte en los primeros años de vida y la mortalidad materna.

El conocimiento de las causas de muerte posibilita un mejor acercamiento al estudio de los diversos factores ambientales, sociales y económicos causantes de la mortalidad. Aunque la estructura de las causas de muerte se ve afectada por la baja calidad de la información en la mayoría de nuestros países, el conocimiento sobre las causas de muerte brinda elementos útiles para el diseño de programas de acción cuyos objetivos persiguen la reducción de las grandes diferencias de la mortalidad que se observan en el seno de la población. En primera instancia se definirá a que sectores de la población habrá que dedicar los mayores esfuerzos. Ubicados estos, habrá que indagar las características de la mortalidad en cuanto a la estructura por sexo y edad, la importancia relativa de las causas evitables, etc.

Las principales fuentes de datos para el estudio de las causas de muerte son las estadísticas vitales o las estadísticas de los centros de salud y centros hospitalarios. La proporción de causas de muerte desconocidas y mal definidas constituye de hecho un importante indicador de la calidad de las estadísticas de la mortalidad por causas. Así también la proporción de muertes con causa certificada por médicos garantizan la calidad de las mismas.

MORTALIDAD DE LOS MENORES DE UN AÑO O MORTALIDAD INFANTIL

La mortalidad en el primer año de vida no se distribuye uniformemente a lo largo de este período.

Por tal motivo y para fines de análisis de la mortalidad infantil se distinguen tradicionalmente dos etapas, siendo estas:

1. La mortalidad neonatal o mortalidad de los menores de 28 días
2. La mortalidad postneonatal, que se refiere a la mortalidad de los niños mayores de 28 días y menores de un año

La importancia de esta separación radica en la diferencia que existe en la composición de las causas que determinan la muerte del niño en cada uno de estos tramos de edad. Es conocido que los mayores riesgos de muerte de los niños se dan en el primer mes de vida y especialmente en la primera semana. Las muertes en esta etapa de la vida presentan una mayor concentración en las llamadas causas de muerte endógenas, tales como las malformaciones congénitas, la inmadurez y otras afecciones relacionadas con la vida intrauterina y el proceso del parto.

A partir del primer mes de vida cobran cada vez más importancia las condiciones ambientales, del medio familiar y socio-económicas en que el niño se desarrolla. En las primeras semanas de vida, el niño está especialmente protegido por la ingestión exclusiva de leche materna y en general por la mayor protección que le brinda la madre, todo lo cual lo preserva de muchos riesgos tales como las enfermedades infeccio-contagiosas.

Durante el período postneonatal, el niño comienza a enfrentarse más directamente al medio, hay una menor dependencia de la madre, comienza la alimentación complementaria, etc. Es durante esta etapa de la vida, que el niño comienza a ser afectado prioritariamente por aquellas causas de muerte llamadas exogénas, que comprenden las enfermedades infecciosas y parasitarias, las afecciones respiratorias, los accidentes y las otras causas externas.

Una de las limitaciones que presentan los estudios de la mortalidad infantil por causas de muerte es el registro de las mismas, ya que muchas veces la causa de la defunción anotada no es la básica, sino es una que se encuentra asociada a ella. Por ejemplo a un niño que muere por anemia, se registra esta como la causa de muerte sin considerar que la **desnutrición** era verdaderamente la causa básica del deceso.

El indicador utilizado para medir la mortalidad infantil por causas, se obtiene dividiendo el número de defunciones por una causa determinada ocurridas en un año dado, por el número de nacidos vivos correspondiente al mismo año multiplicado por 10.000:

También podemos calcular la tasa de mortalidad infantil por causa para las defunciones neonatales, dividiendo el número de muertes neonatales de una causa determinada por el total de nacidos vivos registrados en un mismo año multiplicado por 10.000.

También podemos calcular la tasa de mortalidad infantil por causa para las defunciones posneonatales, dividiendo el número de muertes posneonatales de una causa determinada por el total de nacidos vivos registrados en un mismo año multiplicado por 10.000.

MORTALIDAD DE LOS NIÑOS DE 1 a 4 AÑOS DE EDAD O MORTALIDAD EN LA NIÑEZ

Las principales causas de muerte entre los niños de 1 a 4 años son las enfermedades respiratorias, las enfermedades infecciosas y las enfermedades del aparato digestivo. En éstas últimas se ha observado un descenso debido a la disminución de las defunciones por tuberculosis y en menor grado por las muertes por diarreas.

Entre los factores que influyen en la disminución de la mortalidad en la niñez merecen destacarse la educación de la madre, las condiciones de la vivienda, el abastecimiento de agua y las instalaciones sanitarias del medio en que se desenvuelve el niño.

MEDICION INDIRECTA DE LA MORTALIDAD POR CUSAS EN LOS PRIMEROS AÑOS DE VIDA

A través de métodos indirectos como el de Pollard se puede estimar el aporte de los cambios de la mortalidad y causas de muerte, en el aumento de la

esperanza de vida al nacer de una población, durante un período de tiempo.

Otra técnica es la sugerida por Arriaga la cual consiste en estimar los cambios en la esperanza de vida en función de los cambios de la mortalidad de cada edad y las causas de la defunción.

MORTALIDAD MATERNA

La mortalidad materna se define como la defunción de una mujer, debida a cualquier causa, mientras está embarazada o dentro de los 42 días que siguen a la terminación del embarazo, independiente de su duración, tipo o sitio del suceso.

La mortalidad materna en general se clasifica en:

1. Muerte Materna Obstétrica, que es la resultante de las causas obstétricas directas o indirectas, según se definen a continuación:

Directas: son las debidas a complicaciones obstétricas del estado grávido puerperal (embarazo, parto y puerperio), por intervenciones, omisiones, tratamiento incorrecto o una serie de eventos resultantes de cualquiera de los anteriores, ejemplo: aborto, tóxemia, sepsis postparto, etc.

Indirectas: son las resultantes de una enfermedad preexistente que se desarrolla durante el embarazo y no se debe a causas obstétricas directas, pero que fue agravada por los efectos fisiológicos del embarazo, ejemplo: cardiopatías, nefropatías, etc.

2. Muerte Materna no Obstétrica. Es la que resulta de causas accidentales o incidentales no relacionadas con el embarazo y su manejo, ejemplo: neumonía, apendicitis, meningitis, etc.

Es por todos conocidos que la mortalidad materna está subestimada tanto en los países desarrollados como en vías de desarrollo, aunque las causas sean diferentes.

En los países desarrollados con eficientes estadísticas vitales, donde el nivel de la mortalidad materna se había reducido en alrededor de 1 a 3 muertes maternas por 10 000 nacidos vivos, la subestimación se debe a una mala clasificación de la causa de muerte. Las muertes ocurren en estado temprano del embarazo en conjunto con las causas de muerte obstétricas indirectas, que son las mejor clasificadas.

En el caso de los países en vías de desarrollo el registro de causas de muerte en estadísticas vitales son incompletos o no existen, las muertes son parcialmente reportadas y no son representativas de la población en general.

Para obtener estadísticas sobre mortalidad materna en los países en vías de desarrollo existen tres fuentes principales de información las cuales son: El registro de estadísticas vitales, Estadísticas de los servicios de salud y Estadísticas basadas en la comunidad.

Existen muchas razones tanto de tipo social, religioso o emocional para omitir la causa de muerte materna. Las muertes asociadas con los abortos inducidos son especialmente poco reportados, especialmente en los países donde el aborto es ilegal.

Las estadísticas de los servicios de salud sobre la mortalidad materna son generalmente de poca calidad ya que los procedimientos utilizados para su obtención son incompletos, inexactos y figuran fuera de fecha. El principal problema que se presenta es el relacionado con la selectividad de las mujeres.

La información sobre mortalidad materna proveniente de las comunidades se realiza a través de encuestas a las familias o por vigilancia continua a la mujer. Sin embargo ninguna de estas dos experiencias son las mejores en forma rutinaria. En la mayoría de los países en desarrollo que tienen experiencia en las encuestas familiares y han hecho investigaciones tanto de estudios en encuestas retrospectivas como prospectivas el problema que se presenta es con el reporte de las causas de muertes. Además de sumar el problema de los encuestadores poco calificados (no médicos) para este tipo de encuestas.

Para medir las causas de muerte de la madre lo ideal sería contar con dos componentes importantes que son:

- 1.- La probabilidad de que una mujer inicie el embarazo
- 2.- La probabilidad de morir como resultado de el embarazo.

En la practica, frecuentemente encontramos estadísticas relativas al número de defunciones maternas en un período y el número de nacidos vivos en el período.

Entre los indicadores que se pueden calcular para medir la mortalidad materna se tiene: El índice de mortalidad total, y el de mortalidad obstétrica

El total de nacimientos son usados en el denominador como dato para medir la mortalidad materna pero estan asociados desproporcionalmente con los embarazos. Esta proporción no representa la población expuesta al riesgo de los eventos ocurridos en el numerador.

En situaciones donde hay incidencia de abortos este indicador no es bueno ya que el número de de nacidos vivos esta subestimado con relación al número de embarazos en aproximadamente un 10%.

Una segunda medida de la mortalidad materna basada en estudios de la comunidad relaciona el número de muertes maternas con el número de mujeres de 15 a 44 años ó de 15 a 49 años, dependiendo de los propósitos del estudio. Este indicador provee un mejor estimador del nivel del riesgo vivido ya que el numerador (el número de muertes maternas de mujeres en el período de amamantamiento) considera ambos el número de nacimientos y la magnitud del riesgo de muerte por nacimiento. La precisión de este estimador, expresado generalmente por 10.000 mujeres, es obviamente dependiente de la completitud de la enumeración de las muertes maternas.

Existe una relación entre la mortalidad materna, por una parte y la edad de las madres por la otra. En consecuencia y como medida preventiva los servicios de planificación de la familia deben orientarse principalmente hacia los grupos mas vulnerables: mujeres menores de 19 años y las mayores de 35 años, mujeres con más de 5 embarazos, mujeres con intervalos intergénésicos inferiores a 1 año y superiores a 6 años.

Además, a éstos se deben sumar los factores económicos, sociales y culturales que gravitan especialmente en los estratos sociales mas bajos.

El método de hermanas adultas es una nueva técnica indirecta de medición de la mortalidad materna. Esta técnica utiliza la proporción de hermanas adultas muertas durante el embarazo, el amamantamiento o el puerperio, declaradas por la población adulta durante un censo o una encuesta, con el objeto de deducir una serie de indicadores de la mortalidad materna.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Anexo 1

- Taucher Erica. CELADE. La Planificación de la Familia y el bienestar del niño: efecto del descenso de la fecundidad sobre la mortalidad infantil. Santiago, noviembre de 1982
- Taucher Erica . CELADE. Effects of declining fertility and mortality levels. A study based on data from five latin american countries. Report to the Ford Foundation and the Rockefeller Foundation. 1982
- Taucher Erica. Descenso de la Fecundidad y Mortalidad Infantil. INTA.1985
- Taucher Erica. Influencia de los Programas de Planificación Familiar en los niveles de Mortalidad Infantil. División de Población. 1985. N.U. USA
- Tienda Martha. González Violeta. Efectos ecológicos, educación y diferenciales de fecundidad en Perú. Análisis de la Encuesta Mundial de Fecundidad del Perú. 1977-1978.
- Rustein Oscar. Fermo Aurora. Child Survival in Ecuador. Report to the USAID Mission in Ecuador. Noviembre 1987. Quito
- CONADE. UNFPA. Población y cambios Sociales. Diagnóstico Sociodemográfico del Ecuador 1950-1982. Corporación Editora Nacional. 1987. Quito
- CEPAR. ININMS. IRD. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 1987. Quito 1988
- Populations Reports . Efectos de la lactancia materna en la fecundidad. Serie J. Número 24. Octubre de 1982. Maryland . USA

BIBLIOGRAFIA

Anexo 2 y 3

- Acuña S., Claudio. Wolff F., Ricardo. (1976). "Mortalidad en la Niñez y Materna en las 25 Areas PESMIB. Ministerio de Salud Pública.
- Arias Huerta, José. (1974). "Salud Materna y Planificación Familiar". México D.F.
- Bidegain, Gabriel. (1985). "Evolución Reciente de la Mortalidad Venezolana". Instituto de Investigaciones Económicas y Sociales. Universidad Católica Andrés Bello.
- Castillo Berta. Fresis Solis. Mardones Graciela. 1979. "Chile factores de Salud Asociados a la Mortalidad Infantil por Causas Evitables". Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.
- Chackiel, Juan. 1987. "La Investigación sobre Causas de Muerte en la América Latina". Notas de Población CELADE.
- Chakiel, Juan. 1982. "Factores que afectan a la Mortalidad en la Niñez". Notas de Población. CELADE.
- Chakiel Juan. 1989. "Uso de la Historia Clínica Perinatal para Estimar la Mortalidad en la Niñez".
- Damonte, Ana María. 1983. "Uruguay: La Mortalidad por Causas en 1975 y sus Perspectivas futuras".
- González de Suárez, Zoraida. 1985. "Visión Demográfica de las listas de Mortalidad por Causas Adaptadas a Venezuela, Revisión VII, VIII y IX". Instituto de Investigaciones Económicas y Sociales, Universidad Católica Andrés Bello.
- Graham Wendy, Airey Pauline. 1987. "Measuring maternal mortality: Sence and Sensitivity".
- Graham Wendy, Brass Willians y Snow Robert W.. 1989. "Estimating Maternal Mortality the Sisterhood method".
- Jaspers, Dirk. 1989. Apuntes de clases Curso de Postgrado. CELADE.
- Mardones Azocar, Graciela Muñoz Castillo, Berta Solis F. Fresia. 1970. "Incidencia de las Causas de Muerte Evitables en la Esperanzas de Vida". Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.
- Muller María S. "Mortalidad Infantil y Desigualdades Sociales en Misiones, Capitulo III"
- Muller María S. " Relaciones de la Mortalidad Infantil con la edad de la madre y la fecundidad, mortalidad infantil por edad y causas de muerte" .Capitulo V.

OMS. 1975." Clasificación Internacional de Enfermedades y Causas de defunción."

OMS. "Certificado Medico de Causas de Defunción Instrucción para los médicos sobre el empleo del modelo internacional del certificado médico de causas de defunción."

Orellana Hernan. Villalon Gustavo. 1989. "Chile: Informe Causas de Muerte 1960-1982. INE-CELADE. Mineo.

Riveron Corteguera, Raúl. Gutierrez Muñiz, José A. Valdes Lazo, Francisco. Junio 1981. "Mortalidad Infantil en Cuba 1970-1979"

Rodriguez Ochoa, Leticia. 1988. México: Contribución de la Causas de muerte al Cambio en la Esperanza de Vida al Nacimiento 1970-1982. Teseis de Grado.

Roque Acosta, María del Carmen. Ríos Massabot. Bodes González, Silvia. 1979. Mortalidad Perinatal, Causas Múltiples, Cuba. Revista Cubana en Administración de Salud.

Schwarcz, R. Diaz A.G. Fescina. Diaz Rossello J.L..1986. El bajo peso al nacer y la mortalidad perinatal en maternidades de América Latina.

Schkolnik Susana. 1986. Consideraciones preliminares para el estudio de las Causas de Muerte en Venezuela.

Stegers Eugenio Luis. Octubre-Diciembre 1983. Mortalidad Materna en Cuba decenio 1970-79. Revista Cubana de Administración de Salud.

Taucher Erica. 1978. Chile: Mortalidad desde 1955 a 1975 Tendencias y Causas. CELADE.

Trejo Ramirez Cesar A..1974. Mortalidad Materna en el Hospital de las mujeres 1969-1973. México.

Vallin Jacques. 1988. Seminario sobre Causas de Muerte. CELADE.

Ponce de León Rebeca y Narro José R..1984. Determinantes Biológicos de la Mortalidad. Colegio de México.

1
2
3
4
5
6

7
8
9
10
11
12

