

Distr.
RESTRINGIDA

LC/DEM/R.218
Serie A, N° 295
23 de Junio de 1994

ORIGINAL: ESPAÑOL

CELADE
Centro Latinoamericano de Demografía

LA MORTALIDAD MATERNA EN AMERICA LATINA Y EL CARIBE LATINO *

* El presente documento fue preparado por Danuta Rajs con la colaboración de Soledad Parada y Alexia Peyser. Este estudio ha sido posible con los aportes del Programa de Intercambio CELADE/ACDI-CANADA y del Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP).

Las opiniones expresadas en este documento, que no ha sido sometido a revisión editorial, son de exclusiva responsabilidad de las autoras y pueden no coincidir con las de la Organización.

INDICE

Introducción.....	1
-------------------	---

CAPITULO I: Mortalidad materna y fecundidad

1. Magnitud de la mortalidad materna en la Región.....	4
2. Mortalidad materna según niveles de fecundidad.....	4
2.1 Mortalidad materna en países de baja fecundidad.....	6
2.2 Mortalidad materna en países de fecundidad media.....	7
2.3 Mortalidad materna en países de alta fecundidad.....	8
3. Estimación del exceso de muertes maternas.....	10
3.1 Exceso de muertes maternas en países de baja fecundidad.....	11
3.2 Exceso de muertes maternas en países de fecundidad media.....	12
3.3 Exceso de muertes maternas en países de alta fecundidad.....	13

CAPITULO II: Causas de muerte materna y atención de la salud

1. Clasificación de las causas de muertes materna.....	15
2. Mortalidad materna por grupos de causas 1980-1989.....	16
2.1 Mortalidad materna por aborto.....	18
2.2 Mortalidad materna por causas obstétricas directas.....	20

CAPITULO III: Factores determinantes de la mortalidad materna relacionados con la fecundidad

1. Variables intermedias ligadas a la fecundidad.....	25
1.1 Nacimientos en edades de alto riesgo.....	25
1.2 Intervalo intergenésico.....	30
1.3 Orden de nacimiento.....	30
2. Variables contextuales.....	32
2.1 Grado de urbanización.....	32
2.2 Nivel de instrucción.....	34
2.3 La situación de la mujer y las políticas de salud.....	35

Conclusión.....	38
-----------------	----

Bibliografía.....	40
-------------------	----

LA MORTALIDAD MATERNA Y LA FECUNDIDAD

Introducción

La mortalidad materna ha sido definida como "la defunción de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y del sitio del embarazo, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o por su atención, pero no por causas accidentales o incidentales" (OPS, 1986a).

Existe consenso en considerar que, en el contexto mundial contemporáneo, la mayor parte de las muertes asociadas al embarazo, al parto y al puerperio es susceptible de ser evitada. Como lo señala un documento de la OPS, elaborado por una de las autoras, "una defunción materna es, en el mundo de hoy, tan anacrónica e ilógica como las muertes por frío" (OPS, 1987).

Desafortunadamente y tal como lo han demostrado algunos estudios, las tasas de mortalidad materna informadas por las Estadísticas Vitales subestiman por lo general el verdadero nivel del problema, especialmente en aquellos países en que este nivel se presume alto.

Por esta razón y siendo imprescindible formular políticas y acciones destinadas a disminuir la mortalidad materna en la Región, constituye una tarea prioritaria avanzar en el conocimiento de sus niveles y de los factores que la determinan. Con base en lo anterior, se presentó una versión preliminar de este documento en el Seminario sobre "Causas y Prevención de la Mortalidad de los Adultos en los Países en Desarrollo", llevado a cabo en Santiago de Chile, en Octubre de 1991¹. La versión que aquí se presenta actualiza la información e incorpora nuevos elementos para la comprensión de algunos factores asociados a la mortalidad materna.

Objetivos

Como se ha comprobado en múltiples estudios de países o de regiones geográficas dentro de países, existe una relación directa entre factores tales como las elevadas tasas de fecundidad, las carencias o insuficiencias en los cuidados prenatales y en la atención del parto y del puerperio, las elevadas tasas de aborto y la mortalidad materna (CEPAL, 1990). Estas variables se asocian a su vez con indicadores del desarrollo económico y social, el cual, en última instancia, podría ser el responsable de las relaciones observadas. Sin embargo, para precisar estas relaciones es necesario

¹ Este seminario fue organizado por el Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE), la Unión Internacional para el Estudio Científico de la Población y la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

analizar los mecanismos a través de los cuales los factores mencionados pudieran actuar sobre los niveles de la mortalidad materna en la Región.

El esquema de análisis subyacente en este estudio se propone seguir esos lineamientos, focalizando el fenómeno de la mortalidad materna en su relación con los niveles de fecundidad.

Es así como los países de la Región son clasificados de acuerdo a una tipología, formulada en función de la asociación entre magnitud de la mortalidad materna y niveles de fecundidad. Posteriormente, se aborda las causas de muerte materna, intentando seguir esa asociación y enfatizando en sus tendencias recientes. Por último, se menciona los factores o condicionantes intermedios y las variables contextuales vinculadas a la fecundidad, todas las cuales podrían estar influyendo en la magnitud y en la estructura de la mortalidad materna en la Región.

La calidad de la información

Antes de abordar los contenidos de este documento, procede señalar que el conjunto de los datos en él utilizados proviene básicamente del Banco de Información Técnica de la OPS y de las estimaciones de población y de fecundidad realizadas por CELADE, todo lo cual ha sido complementado con información de Estadísticas Vitales publicada por varios países.

Diversos estudios de la integridad de los registros de defunciones maternas han demostrado reiteradamente la frecuente sub-notificación de las mismas, incluso en los países industrializados del norte de las Américas (MMWR, 1985). Sin mencionar el efecto de la omisión neta de casos, que deriva del período de cuarenta y dos días posteriores al parto señalado en la definición de muerte materna actualmente vigente, múltiples factores inciden en la subestimación del número real de defunciones por complicaciones del embarazo, del parto y del puerperio en los países de esta Región.

Desde luego, en varios países de América Latina y del Caribe Latino se da aún la omisión neta del registro de algunas defunciones. Pero, en la mayor parte de los casos, el sub-registro de muertes maternas resulta de la consignación incorrecta de la causa de muerte en el certificado de defunción. Los sub-registros de muertes maternas detectados a fines de la década de 1960 fluctuaban entre el 6 y el 50 por ciento en diversas ciudades latinoamericanas (Puffer et al, 1968). Estudios más recientes confirman la persistencia de esta situación, al menos en los países donde se han llevado a cabo estudios al respecto (Cervantes et al, 1985; Laurenti, 1986 y 1988; Ministerio de Salud y Acción Social de Argentina, 1988).

Las estimaciones retrospectivas de la mortalidad materna proporcionadas por la aplicación de métodos indirectos, como el de las encuestas de sobrevivencia de hermanas (Graham et al, 1988), han permitido vislumbrar la magnitud del sub-registro

de las muertes maternas en algunos países de esta Región. Un estudio realizado en ciertas áreas geográficas de tres países de América Latina (Bolivia, Chile y Perú), mostró que la tasa de mortalidad materna obtenida por el método de la sobrevivencia de hermanas, para distintos períodos, (comprendidos todos entre 1970 y 1989), superaba a la registrada por las respectivas Estadísticas Vitales en rangos que oscilan entre el 300 y el 460 por ciento (Wong et al,1990).

Todas estas constataciones demuestran que en América Latina y en el Caribe Latino es necesario aplicar métodos indirectos para la mejor valoración de la mortalidad materna y desarrollar auditorías de todos los decesos de mujeres en edad fértil, antes de aceptar la causa de muerte registrada en el certificado de defunción.

CAPITULO I: Mortalidad materna y fecundidad

1. Magnitud de la mortalidad materna en la Región

Para los 115 millones de mujeres en edad fértil que habitaban alrededor de 1990 los países de América Latina y del Caribe Latino, el riesgo de morir por complicaciones del embarazo, del parto y del puerperio, si bien descendió en un 54 por ciento entre 1970 y 1989, aún dista mucho de acercarse a los niveles logrados en los países industrializados. En efecto, considerando solamente las defunciones maternas registradas y publicadas en diversas fuentes nacionales e internacionales, la probabilidad de morir por causas maternas se redujo de 13 por cada diez mil nacimientos en el quinquenio 1970-74 a 6 por cada diez mil nacimientos en el quinquenio 1985-89². En el mismo lapso, se estima que la mortalidad infantil de esta Región disminuyó en un 33 por ciento, de 80 a 55 por cada mil nacidos vivos, en tanto la fecundidad decreció en un 29 por ciento, de 5,0 a 3,6 hijos por mujer.

Las causas maternas figuran todavía entre las primeras causas de defunción de las mujeres de 15 a 49 años en varios países de esta Región (OPS/SMI, 1987), situación que se haría más evidente si se pudiera incluir las muertes maternas no registradas que ocurren en casi todas las naciones latinoamericanas y del Caribe Latino.

A pesar de este descenso de la tasa de mortalidad materna en América Latina, si se la compara con la de los países industrializados del Norte de las Américas, donde la probabilidad de morir por causas maternas se redujo en un 63 por ciento entre 1970 y 1989, se advierte que el riesgo relativo de las mujeres latinoamericanas y caribeñas de 15 a 49 años de edad se ha incrementado en algo más de un 12 por ciento, pasando de 7,1³ en el quinquenio 1970-1974 a 8,8 a fines de la década del 80.

2. Mortalidad materna segun niveles de fecundidad

La relación directa entre la magnitud de la mortalidad materna y los niveles de fecundidad se constituye en la hipótesis central del desarrollo de este trabajo. Esta asociación ha sido demostrada y analizada en numerosas publicaciones (CELADE, 1989; US National Academy of Sciences, 1989). Por ejemplo, es conocido el efecto

² En este trabajo se utiliza la razón de muertes maternas por cada 10.000 nacimientos vivos como sinónimo de la tasa de mortalidad materna, por razones teóricas y de conveniencia práctica, que han sido expuestas en otros trabajos (Rajs, D., 1992).

³ El riesgo relativo se calcula como el cociente entre la probabilidad de morir por causas maternas en América Latina y el Caribe y la misma probabilidad en Canadá y Estados Unidos de Norteamérica.

de la disminución de la paridad y del concomitante espaciamiento entre los embarazos, sobre el riesgo de complicaciones en todas las etapas del ciclo grávido-puerperal (OPS/SMI, 1987).

De aquí que, para analizar la mortalidad materna se haya considerado necesario clasificar los países comprendidos en este estudio, según la tasa global de fecundidad estimada para ellos en el último quinquenio de la serie, constituyendo tres grupos, a saber:

- a) El de los países de baja fecundidad, esto es, de hasta 3,0 hijos por mujer al final del período reproductivo en el quinquenio 1985-89 (Argentina, Cuba, Chile, Puerto Rico y Uruguay), cuya tasa global de fecundidad estimada se redujo en más de un 20 por ciento entre 1970 y 1989;
- b) El de los países de fecundidad media, es decir, de entre 3,1 y 4,4 hijos por mujer en el quinquenio 1985-89 (Brasil, Colombia, Costa Rica, Ecuador, México, Panamá, República Dominicana y Venezuela), cuya tasa global de fecundidad estimada cayó en más de un 32 por ciento en el período analizado; y
- c) El de los países de alta fecundidad, esto es, de 4,5 y más hijos por mujer en el quinquenio 1985-89 (Guatemala, Honduras, Perú y Paraguay), cuya tasa global de fecundidad estimada disminuyó en cerca de un 26 por ciento entre 1970 y 1989.

En términos globales, por lo tanto, la información que se presenta a continuación se refiere a una población estimada en unos 407 millones de personas para 1990, de las cuales 106 millones son mujeres en edad fértil, que habitan diecisiete de los veintidós países de la Región. Estas cifras equivalen al 95 por ciento de la población regional total y a la misma proporción de la población femenina en edad fértil.

Fueron excluidos solamente cuatro países, para los cuales no fue posible obtener información suficiente sobre defunciones maternas en las fuentes consultadas (Bolivia, El Salvador, Haití y Nicaragua).

En los Cuadros 1, 2 y 3 y en los gráficos homólogos aparece la evolución de la mortalidad materna quinquenal de los tres grupos de países y la del riesgo relativo de muerte materna con respecto al observado en Canadá, que es el país de las Américas de más baja mortalidad materna. Cada curva se acompaña de una recta que expresa la tendencia del indicador. Cada gráfico incluye además, la evolución de la tasa global de fecundidad conjunta del grupo de países.

La validez de la comparación de las tasas de mortalidad materna de los conjuntos de países con la tasa de Canadá, se estableció midiendo la asociación entre las tasas globales de fecundidad y las de mortalidad materna, para cada grupo de naciones y para Canadá, tras lo cual se comparó estadísticamente las pendientes de las curvas de asociación obtenidas, resultando no significativas sus diferencias en todos los casos, con un nivel de confianza del 95 por ciento.

Sin excepción, si bien en los tres conglomerados se aprecia un descenso de la mortalidad materna en el período, el riesgo relativo con respecto a Canadá se ha incrementado.

A continuación se comenta las cifras presentadas:

2.1 Mortalidad materna en países de baja fecundidad

Aunque en el conjunto de los cinco países de baja fecundidad se puede apreciar una reducción de la tasa de mortalidad materna del orden del 57 por ciento entre 1970 y 1989, su riesgo relativo de muerte materna con respecto a Canadá creció en un 61 por ciento en ese período. La pendiente de la recta de descenso de la mortalidad materna es de 4 defunciones anuales por cada cien mil nacimientos, mientras el riesgo relativo de morir por causas maternas con respecto a Canadá se incrementó 1,5 veces en cada decenio (Gráfico 1).

CUADRO 1
PAISES DE AMERICA LATINA Y DEL CARIBE LATINO DE BAJA FECUNDIDAD: MORTALIDAD
MATERNA QUINQUENAL Y RIESGO RELATIVO CON RESPECTO A LA TASA DE CANADA
1970-1989

PAIS	QUINQUENIOS							
	1970-74		1975-79		1980-84		1985-89	
	TMM	RR	TMM	RR	TMM	RR	TMM	RR
ARGENTINA	11,41	7,71	8,74	12,75	6,55	13,58	5,64	14,28
CHILE	14,80	10,00	9,50	13,86	3,94	8,17	4,23	10,71
CUBA	6,92	4,67	5,68	8,29	4,70	9,74	4,53	11,47
PUERTO RICO	2,73	1,85	1,28	1,87	1,05	2,18	1,51	3,83
URUGUAY	7,03	4,75	6,22	9,08	4,48	9,29	3,21	8,13
TOTAL	10,70	7,23	8,03	11,72	5,31	11,01	4,59	11,62
CANADA	1,48	1,00	0,69	1,00	0,48	1,00	0,40	1,00

TMM: TASA DE MORTALIDAD MATERNA POR 10.000 NACIMIENTOS ESTIMADOS
RR: RIESGO RELATIVO CON RESPECTO A LA TASA DE CANADA

2.2 Mortalidad materna en países de fecundidad media

Este conglomerado, el más numeroso de la Región, presenta una caída global de la tasa de mortalidad materna del orden del 54 por ciento, acompañada del descenso más importante de los niveles de fecundidad observado en la totalidad de los países estudiados. Sin embargo, en el lapso comprendido entre 1970 y 1989, se aprecia en este grupo de naciones un incremento del riesgo relativo de morir por causas maternas con respecto a Canadá de un 73 por ciento (Gráfico 2).

Parece contradictorio que en los países donde más se redujo la fecundidad, haya aumentado más el riesgo relativo de muerte materna con respecto a Canadá, pero esto puede obedecer, en parte, a la notable mejoría de la calidad de la información sobre decesos maternos que experimentaron éstos en los últimos años del período estudiado.

Las tendencias proyectadas dan como resultado una pendiente descendente de 5 muertes maternas anuales por cada cien mil nacimientos, mientras el riesgo relativo de morir por causas maternas con respecto a Canadá se incrementa 6,7 veces por decenio.

En este grupo de países, como era de esperar, se observa tasas de mortalidad materna sistemáticamente superiores a las del grupo anterior, aunque éstas tienden a converger con las de aquél al final del período analizado.

CUADRO 2
PAISES DE AMERICA LATINA Y DEL CARIBE LATINO DE FECUNDIDAD MEDIA: MORTALIDAD
MATERNA QUINQUENAL Y RIESGO RELATIVO CON RESPECTO A LA TASA DE CANADA
1970-1988

PAIS	QUINQUENIO							
	1970-74		1975-79		1980-84		1985-88	
	TMM	RR	TMM	RR	TMM	RR	TMM	RR
BRASIL	-	-	6,38	9,30	5,74	11,91	4,53	11,47
COLOMBIA	14,90	10,07	12,69	18,52	9,71	20,12	7,78	19,70
COSTA RICA	7,47	5,04	4,73	6,90	2,62	5,43	2,79	7,07
DOMINICAN REP.	8,89	6,00	6,83	9,96	6,03	12,50	4,98	12,60
ECUADOR	17,83	12,05	15,84	23,11	13,04	27,03	10,56	26,74
MEXICO	12,87	8,70	10,56	15,41	8,93	18,52	6,92	17,53
PANAMA	10,39	7,02	7,82	11,41	6,11	12,68	4,94	12,51
VENEZUELA	8,18	5,53	6,35	9,27	5,30	10,99	5,06	12,81
TOTAL	12,81	8,65	9,09	13,26	7,27	15,08	5,93	15,00
CANADA	1,48	1,00	0,69	1,00	0,48	1,00	0,40	1,00

TMM: TASA DE MORTALIDAD MATERNA POR 10.000 NACIMIENTOS ESTIMADOS
RR: RIESGO RELATIVO CON RESPECTO A LA TASA DE CANADA

2.3 Mortalidad materna en países de alta fecundidad

En este grupo, integrado por cuatro países, para dos de los cuales sólo se registra información sobre muertes maternas en el lapso 1970-83, la reducción de la tasa de mortalidad materna en el período es más modesta, del orden del 37 por ciento, si bien la pendiente descendente de la recta ajustada es de 4 defunciones

CUADRO 3
PAISES DE AMERICA LATINA Y DEL CARIBE LATINO DE ALTA FECUNDIDAD: MORTALIDAD
MATERNA QUINQUENAL Y RIESGO RELATIVO CON RESPECTO A LA TASA DE CANADA
1970-1988

PAIS	QUINQUENIO							
	1970-74		1975-79		1980-84		1985-88	
	TMM	RR	TMM	RR	TMM	RR	TMM	RR
GUATEMALA	14,66	9,90	12,48	18,22	9,55	19,80	9,67	24,48
HONDURAS	13,53	9,14	9,77	14,26	5,48	11,36	-	-
PARAGUAY	15,15	10,23	14,32	20,90	11,89	24,66	10,20	25,82
PERU	16,36	11,05	11,20	16,34	10,26	21,27	-	-
TOTAL	15,47	10,45	11,63	16,96	9,63	19,96	9,76	24,70
CANADA	1,48	1,00	0,69	1,00	0,48	1,00	0,40	1,00

TMM: TASA DE MORTALIDAD MATERNA POR 10.000 NACIMIENTOS ESTIMADOS
RR: RIESGO RELATIVO CON RESPECTO A LA TASA DE CANADA

por cada cien mil nacimientos, similar a la obtenida para los países de baja fecundidad (Gráfico 3). Lo anterior podría ser parcialmente explicado por el menor descenso de la tasa global de fecundidad estimada para estas naciones, que es cercano al 26 por ciento. Hay que considerar, sin embargo, que el descenso de la tasa global de fecundidad en el grupo de países de baja fecundidad fue más modesto, pese a lo cual lograron reducir sus niveles de mortalidad materna en proporciones mucho más apreciables.

Por otra parte, a pesar del sub-registro de defunciones y de la escasa información sobre decesos maternos para estos países, las tasas de mortalidad materna quinquenales del conjunto revelan un incremento del riesgo relativo con respecto a Canadá del 50 por ciento, que aumenta en diez veces cada década, según la recta ajustada. Resumiendo, a pesar de las posibles subestimaciones, que afectan más a este grupo de países que a los anteriores, sus tasas de mortalidad materna son notoriamente mayores que en los países de fecundidad baja y media, apoyando la hipótesis de que existe una fuerte relación entre ambos fenómenos.

CONJUNTOS DE PAISES AMERICA LATINA Y DEL CARIBE LATINO DE FECUNDIDADES BAJA, MEDIA Y ALTA: MORTALIDAD MATERNA QUINQUENAL, RIESGO RELATIVO CON RESPECTO A CANADA Y FECUNDIDAD QUINQUENAL. 1970-1989

GRAFICO 1: PAISES DE BAJA FECUNDIDAD

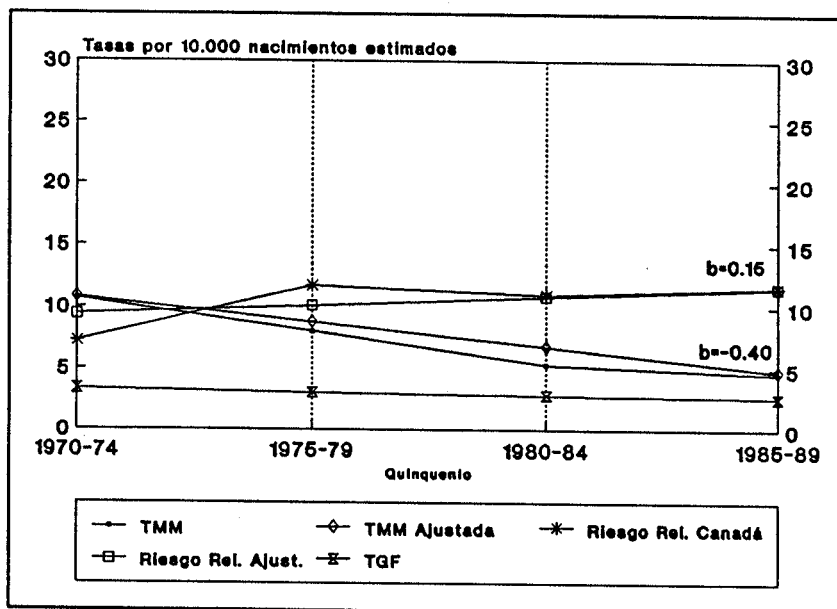


GRAFICO 2: PAISES FECUNDIDAD MEDIA

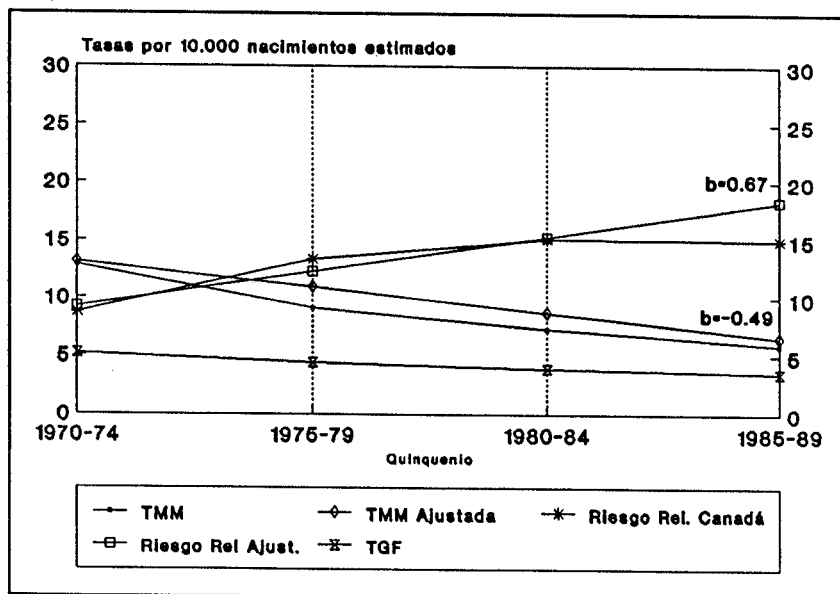
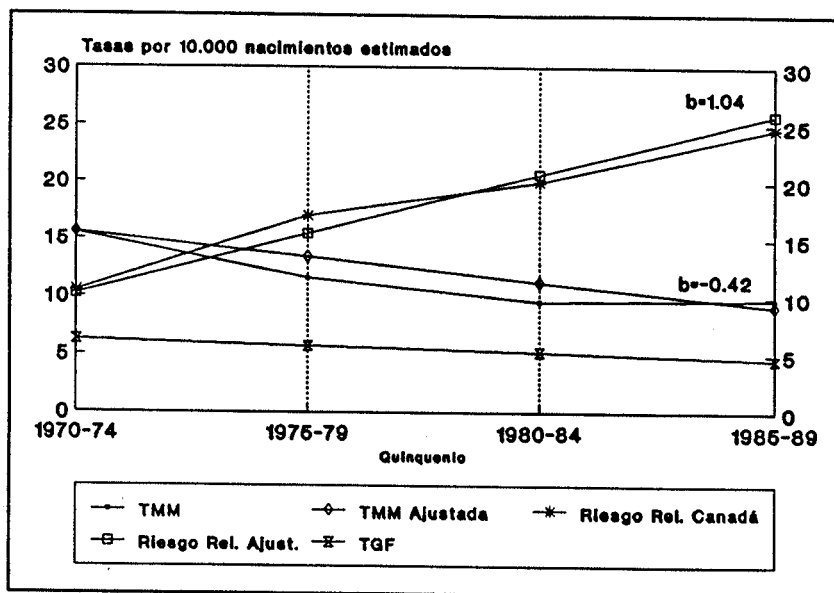


GRAFICO 3: PAISES DE ALTA FECUNDIDAD



3. Estimación del exceso de muertes maternas

Para valorar mejor la magnitud de las diferencias entre las tasas de mortalidad materna de los países de la Región, se estimó el exceso de estas defunciones, según los niveles de fecundidad de cada país y de cada grupo de países. Para la comparación se escogieron tasas de mortalidad materna inferiores, provenientes de países que, teniendo una fecundidad similar, disponen de registros de mortalidad razonablemente confiables (Chackiel, 1986). En todos los casos se validó estadísticamente la comparación, determinando la significación de las diferencias entre las pendientes de las curvas de asociación entre mortalidad materna y fecundidad de cada par de países. Los resultados de este ejercicio figuran en el Cuadro 4, a cuyo pie se especifica el origen de las tasas de mortalidad materna aplicadas.

CUADRO 4

PAISES DE AMERICA LATINA Y EL CARIBE LATINO: EXCESO DE DEFUNCIONES MATERNAS ESTIMADO CON BASE EN LAS MORTALIDADES MATERNAS DE PAISES DE BAJA MORTALIDAD MATERNA Y DE FECUNDIDAD SIMILAR, DIVERSOS PERIODOS ENTRE 1970 Y 1989

GRUPO DE PAISES, PAIS Y PERIODO DE LA ESTIMACION	NACIMIENTOS ESTIMADOS	TMM* APLICADA	DEFUNCIONES MATERNAS		DIFERENCIA	
			ESPERADAS	OBSERVADAS	ABSOLUTA	RELATIVA
PAISES DE BAJA FECUNDIDAD 1985-89	3.947.372	1,48 (a)	584	1.811	1,227	209,99
ARGENTINA 1985-86	1.339.200	1,51 (b)	202	755	553	273,36
CHILE 1985-89	1.521.000	1,51 (b)	230	643	413	179,97
CUBA 1985-88	733.600	0,50 (c)	37	332	295	805,13
PUERTO RICO 1985-87	191.572	1,48 (a)	28	29	1	2,28
URUGUAY 1985-87	162.000	1,51 (b)	24	52	28	112,57
PAISES DE FECUNDIDAD MEDIA 1985-88	18.569.800	2,62 (d)	4.865	11.003	6,138	126,15
BRASIL 1985-86	8.179.400	2,62 (d)	2.143	3.706	1,563	72,93
COLOMBIA 1985-86	1.728.400	1,28 (e)	221	1.345	1,124	507,95
COSTA RICA 1985-88	322.400	1,28 (e)	41	90	49	118,09
REP.DOMINICANA 1985	213.000	2,62 (d)	56	106	50	89,94
ECUADOR 1985-88	1.336.000	7,47 (f)	998	1.411	413	41,38
MEXICO 1985-86	4.885.600	2,62 (d)	1.280	3.383	2,103	164,29
PANAMA 1985-87	184.200	1,28 (e)	24	91	67	285,96
VENEZUELA 1985-87	1.720.800	4,73 (g)	814	871	57	7,01
PAISES DE ALTA FECUNDIDAD 1980-88	7.529.600	7,70 (h)	5.798	6.993	1,195	20,61
GUATEMALA 1980-88	3.093.600	7,70 (h)	2.382	2.972	590	24,77
HONDURAS 1980-83	702.800	5,00 (i)	351	385	34	9,56
PARAGUAY 1980-88	1.214.400	7,60 (j)	923	1.052	129	13,98
PERU 1980-83	2.518.800	7,47 (f)	1.882	2.584	702	37,33

* TMM APLICADA: TASA DE MORTALIDAD MATERNA QUE SE ESPERARIA TUVIERA EL PAIS, DADA SU TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD ESTIMADA.

(a) Canadá, 1970-74

(b) Puerto Rico, 1985-88

(c) Canadá, 1980-88

(d) Costa Rica, 1980-84

(h), (i), (j) Tasas estimadas por la curva de asociación Mortalidad Materna/Fecundidad de Costa Rica.

(e) Puerto Rico, 1975-79

(f) Costa Rica, 1970-74

(g) Costa Rica, 1975-79

3.1 Exceso de muertes maternas en países de baja fecundidad

Los excesos de defunciones calculados fluctúan entre el 2 y el 800 por ciento de las defunciones esperadas. Esta última diferencia, la más llamativa, se observa en Cuba, país cuyas tasas globales de fecundidad fueron estimadas en 1,85 y en 1,83 hijos por mujer para los quinquenios recientes, en tanto sus tasas de mortalidad materna quinquenales fluctúan entre 4,70 y 4,53 defunciones por cada diez mil nacimientos estimados. En el mismo período Canadá, con tasas globales de fecundidad ligeramente inferiores a las de Cuba, tuvo una mortalidad materna de unas 0,50 defunciones por cada diez mil nacimientos. Uruguay y Puerto Rico, cuyas tasas globales de fecundidad estimadas para el decenio 1980-89 son iguales (OPS, 1990),

presentan, sin embargo, mortalidades maternas disímiles, superando el primer país al segundo en más del 112 por ciento.

Argentina y Chile, con tasas globales de fecundidad estimadas superiores a 2,7 hijos por mujer, mantienen excesos de mortalidad materna que superan a la tasa de Puerto Rico, -cuya fecundidad es sólo un 12 por ciento inferior-, en órdenes de un 273 (Argentina) y de un 179 (Chile) por ciento, respectivamente.

La explicación de muchas de estas diferencias se sitúa en distintos planos, entre los cuales cobra gran relevancia la calidad del registro de muertes maternas, tema que ya fue mencionado al tratar la calidad de la información. Otros factores incidentes sobre la mortalidad materna se ubican en la esfera de la calidad de vida que afecta a las poblaciones femeninas fértiles de los distintos países y muy en especial, en la de las diferencias de cobertura y de calidad de los servicios de salud materna, incluídos los de regulación de la fecundidad, variables que se relacionan a su vez con la estructura de las causas de muerte materna en cada país.

3.2 Exceso de muertes maternas en países de fecundidad media

En este caso se aplicó casi siempre la tasa de mortalidad materna que tenía Costa Rica en los períodos en que presentaba tasas globales de fecundidad similares a las de cada uno de estos países, previa constatación de la ausencia de diferencias significativas entre las respectivas pendientes de las curvas de asociación entre mortalidad materna y fecundidad. Las excepciones son Colombia, la propia Costa Rica y Panamá, cuyas tasas globales de fecundidad estimadas para el último quinquenio de la serie se asemejan más a la de Puerto Rico en el quinquenio 1975-79. Entre los resultados se aprecian algunas cifras aberrantes, que son probablemente producto de las deficiencias del registro de muertes maternas en algunos países. Los excesos de defunciones calculados varían entre el 7 y el 500 por ciento. Así, Colombia, Costa Rica y Panamá, con tasas globales de fecundidad estimadas en alrededor de 3,2 hijos por mujer en el quinquenio 1985-89, presentan tasas de mortalidad materna de entre 3 y 8 defunciones por diez mil nacimientos, lo cual representa excesos de muertes maternas de entre 120 y 500 por ciento con respecto a Puerto Rico, para los últimos años de la serie estudiada.

Brasil y México, cuyas tasas globales de fecundidad estimadas para el último quinquenio son similares y cercanas a 3,5 hijos por mujer, conservan tasas de mortalidad materna de entre 4,5 y 7 defunciones por cada diez mil nacimientos, superando a Costa Rica en rangos del 73 al 164 por ciento. Hay que tener presente además que, al menos para el caso de Brasil, se sabe que la cobertura del registro de defunciones no es completa, disponiéndose de estudios que estiman el sub-registro

de muertes maternas en ciertas áreas de ese país, en órdenes superiores al 50 por ciento (Laurenti, 1988).

Ecuador, con una tasa global de fecundidad más elevada, estimada en 4,3 hijos por mujer en el quinquenio 1985-89, presenta una tasa de mortalidad materna de casi 11 defunciones por diez mil nacimientos, razón por la cual ha sido comparada con la de Costa Rica en el quinquenio 1970-74, durante el cual su tasa global de fecundidad era similar, arrojando esta comparación un exceso de 41,4 por ciento en los cuatro años.

La tasa de mortalidad materna de Venezuela, con una fecundidad global estimada en 3,0 hijos por mujer para el quinquenio 1985-89, es comparada con la de Costa Rica, para el período en que su tasa global de fecundidad era similar (1975-79), mostrando un ligero exceso del 7 por ciento, respecto de las defunciones maternas esperadas. A pesar de que el registro de defunciones en Venezuela parece ser más completo que el de otros países de este grupo, cabría considerar un posible sub-registro de muertes maternas en la interpretación de esta cifra.

El caso más destacado de este grupo de países es, sin duda, el de Costa Rica, cuya tasa global de fecundidad estimada, a pesar de haber caído en un 25 por ciento entre 1970 y 1989, es aún elevada, en tanto sus tasas quinquenales de mortalidad materna se han reducido en un 63 por ciento en el mismo lapso. Lo anterior obedece, evidentemente, a la modificación de otros factores determinantes del proceso de salud-enfermedad colectivo entre las mujeres que viven el ciclo grávido-puerperal.

3.3 Exceso de muertes maternas en países de alta fecundidad

La estimación del exceso de muertes maternas para este grupo de países resulta dudosa, debido a la calidad de los datos sobre defunciones maternas de que disponen. Dadas sus elevadas tasas globales de fecundidad estimadas, se les ha aplicado estimaciones de la tasa de mortalidad materna obtenidas de la curva de asociación entre mortalidad materna y fecundidad de Costa Rica, habiéndose comprobado, como en los casos anteriores, la inexistencia de diferencias significativas entre las pendientes del par de curvas de asociación.

En Guatemala y Paraguay, países para los cuales se dispone de información sobre muertes maternas en el período 1980-88, los excesos de defunciones estimados varían entre el 14 y el 25 por ciento. Para Honduras y Perú, el exceso de defunciones se estima sólo para el cuatrienio 1980-83, variando éste entre el 10 y el 37 por ciento de las defunciones esperadas. Cabe destacar que, dado el conocimiento que se tiene acerca de la calidad de los registros de defunciones en estos países, es aceptable dudar de la validez de estas comparaciones.

En fin, cabe reconocer que todas las comparaciones presentadas en esta Sección 3, se ven afectadas por la diferente integridad de los registros de muertes maternas en cada país. De allí que en el Cuadro 4 se observe excesos de muertes maternas tan dispares como los que ostentan Cuba y Honduras, los cuales, muy probablemente, derivan del factor antes citado. La elevada integridad y la exactitud del registro de defunciones y de causas de muerte en Cuba y la dudosa calidad del mismo en Brasil, Honduras, Perú o República Dominicana, cuestionan la validez de la comparación.

CAPITULO II: Causas de muerte materna y atención de la salud

1. Clasificación de las causas de muerte materna

El análisis de las causas de muerte permite avanzar sobre explicaciones más precisas en torno a la magnitud de la mortalidad y a sus diferencias (Vallin, 1987).

Antes de proceder a la identificación de grupos de causas de defunción en una serie cronológica, conviene considerar y en lo posible, eliminar, los distintos factores que afectan a la comparabilidad de los datos disponibles, factores que derivan no sólo de la calidad del registro de los mismos, sino también de los cambios de la Clasificación Internacional de Enfermedades, Traumatismos y Causas de Defunción (CIE) en sus sucesivas revisiones.

Los datos sobre causas de muerte materna analizados en este informe se organizan según listas agrupadas de las Revisiones VIII y IX de la mencionada Clasificación en sus fuentes originales. Entre las categorías agregadas en cuestión no hay correspondencia completa, lo cual dificulta la consistencia interna de la serie y por ende, la comparabilidad entre los distintos períodos.

CUADRO 5
CORRESPONDENCIA DE LOS GRUPOS DE CAUSAS DE MUERTE MATERNA EN LAS
REVISIONES VIII Y IX DE LA CLASIFICACION INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES,
TRAUMATISMOS Y CAUSAS DE DEFUNCION

CONCEPTO	GRUPOS DE CAUSAS			
	CIE-VIII		CIE-IX	
	CODIGOS LISTA DETALLADA	CODIGOS LISTA TABULAR	CODIGOS LISTA DETALLADA	CODIGOS LISTA TABULAR
Total	(630-678)	A112-A118	(630-676)	42.0
Causas Obstétricas Indirectas	No se aplica		(647,648)	
Aborto	(640-645)	A114 + A115	(630-639)	38.X
Hemorragia	(632,651-653)	A113	(640,641,666)	39.1
Toxemia	(636-639)	A112	(642.4-642.9, 643)	39.2
Complicaciones del Puerperio	(670,671, 673)	A116	(670-676)	39.3
Resto	(630,631,633-635,654-662,672, 674-678,650)	A117 + A118	(642.0-642.3, 644-646, 651-665, 667-669)	39.9 + 41

El Cuadro 5 muestra la correspondencia entre los agregados señalados, lo cual permite constatar que:

- La categoría "Toxemia del Embarazo" de la CIE-IX (642.4-642.9, 643) no se puede obtener de la Lista A de la CIE-VIII, cuyo código A112, "Toxemia del Embarazo y del Puerperio", abarca más rúbricas de la Lista Detallada que aquélla, quedando oculta la diferencia entre ambos en el grupo residual de la Lista Agrupada de la CIE-IX.
- La categoría "Complicaciones del Puerperio" de la CIE-IX tampoco puede ser aislada de la Lista A de la CIE-VIII, ya que la rúbrica A116 corresponde solamente a "Sepsis del Parto y del Puerperio", quedando oculta la diferencia, en este caso, en el grupo residual de la Lista Agrupada de la CIE-VIII.
- La categoría "Causas Obstétricas Indirectas" de la CIE-IX no existe por separado en la Lista A de la CIE-VIII, acumulándose sus códigos equivalentes en el grupo residual de esta lista.
- Las categorías agrupadas "Aborto" y "Hemorragias" pueden ser consideradas equivalentes entre ambas Revisiones de la CIE.

Por último, las diferencias señaladas no afectan al grupo total, que abarca a conjuntos similares de causas, no conteniendo categorías provenientes de otros capítulos de la CIE, lo cual fue verificado en este estudio a través de la valoración de la magnitud de las variaciones anuales de las cantidades absolutas de defunciones maternas en cada país. Lo propio se realizó con los grupos de causas, comparando los períodos 1970-78 y 1979-89, que corresponden al uso de las dos Revisiones de la CIE mencionadas, con el fin de determinar las variaciones atribuibles al cambio de normas de codificación y de agrupación tabular de las causas de muerte (Villalón et al, 1990), con el propósito de estimar las proporciones del grupo residual que fuera posible reasignar. Este procedimiento no dio origen a resultados relevantes, salvo en un país, hecho que puede odececer en parte al exiguo número total de defunciones maternas que se registra cada año en la mayoría de ellos. A pesar de lo anterior, se consideró aceptable abordar el estudio de la estructura de las causas de muerte materna en la fase 1980-89, excepto para el primer grupo de causas (Aborto), lo cual obligó a su vez a seleccionar aquellos países que contaran con información para períodos suficientes. A continuación se expone los resultados correspondientes:

2. Mortalidad materna proporcional por grupos de causas en el decenio 1980-89

El Cuadro 6 muestra la distribución proporcional de tres grupos de causas de muerte materna en trece de los diecisiete países, para diversos períodos de la década 1980-89, apreciándose con claridad la distinta estructura que aparece en cada uno de ellos.

El grupo Aborto (630-639) muestra importancia relativa destacada en Argentina, Chile, Uruguay y Venezuela, países en los que da cuenta de más del 20 por

ciento de los decesos maternos. A su vez, las Causas Obstétricas Indirectas predominan en Cuba, sugiriendo un futuro desplazamiento de la estructura de causas de muerte materna, a medida que se reduzca la participación de las afecciones obstétricas directas. En los demás países, las Causas Obstétricas Indirectas tienen un peso relativo inferior al 8 por ciento de las defunciones maternas.

Se supone que la magnitud que alcanzan ambos grupos de causas depende, en lo que a servicios de salud se refiere, del acceso de la población al uso de métodos idóneos de prevención del embarazo no deseado o inconveniente en razón del estado previo de salud, o de otras características de la mujer.

CUADRO 6
PAISES DE AMERICA LATINA Y DEL CARIBE LATINO:
DEFUNCIONES MATERNAS POR GRUPOS DE CAUSAS,
DIVERSOS PERÍODOS, 1980-1989

PAIS	DEFUNCIONES POR GRUPOS DE CAUSAS*:							
	TOTALES		ABORTO		OBSTETRICAS DIRECTAS		OBSTETRICAS INDIRECTAS	
	NUMERO	%	NUMERO	%	NUMERO	%	NUMERO	%
Argentina 1980-86	2.957	100,00	1.087	36,76	1.791	60,57	79	2,67
Brasil 1980-86	15.170	100,00	2.005	13,22	12.639	83,32	526	3,47
Colombia 1980-86	5.430	100,00	1.063	19,58	4.285	78,91	82	1,51
Costa Rica 1980-88	190	100,00	31	16,32	158	83,16	1	0,53
Cuba 1980-88	725	100,00	141	19,45	395	54,48	189	26,07
Chile 1980-89	1.346	100,00	482	35,81	767	56,99	103	7,69
Ecuador 1980-86	3.471	100,00	221	6,37	2.356	67,88	38	1,09
México 1980-86	12.177	100,00	843	6,92	8.801	72,28	237	1,95
Panamá 1980-87	272	100,00	46	16,91	220	80,88	6	2,21
Paraguay 1980-86	1.052	100,00	150	14,26	859	81,65	43	4,09
R. Dominicana 1980-85	730	100,00	135	18,49	543	74,38	46	6,30
Uruguay 1980-87	173	100,00	43	24,86	138	79,77	2	1,16
Venezuela 1980-86	2.322	100,00	469	20,20	1.409	60,68	137	5,90
TOTALES	46.015	100,00	6.716	14,60	34.361	74,67	1.489	3,24

* Grupos de Causas, código según lista tabular, CIE-IX:
Aborto (630-639)
Causas Obstétricas Directas (640-646; 651-676)
Causas Obstétricas Indirectas (647 y 648)

2.1 Mortalidad materna por aborto

La interpretación de las cifras de mortalidad materna por aborto debe ser cautelosa, toda vez que la integridad del registro de esta causa de defunción se ve afectada por factores adicionales, ya que la interrupción voluntaria del embarazo es ilegal en la mayoría de los países de la Región, salvo en Cuba, país que dispone además de auditoría permanente de las muertes maternas (Farnot, 1985; Cabezas, 1988). Por la aplicación de sanciones penales al aborto inducido sólo existen lo que Rosero ha llamado "tasas aparentes de aborto", lo cual dificulta el estudio de su incidencia en la mortalidad materna (Rosero, 1976).

Las muertes por aborto son evitables, como ya se señaló, a través de la prevención de los embarazos no deseados, a lo cual hay que agregar la disponibilidad de servicios de atención hospitalaria dotados de los recursos mínimos necesarios para la intervención oportuna en los casos de aborto complicado.

CUADRO 7
PAISES DE AMERICA LATINA Y DEL CARIBE LATINO: MORTALIDAD
MATERNAL QUINQUENAL POR ABORTO Y PREVALENCIA
DE USO DE ANTICONCEPTIVOS. 1970-1989

PAISES	MORTALIDAD MATERNA POR ABORTO POR QUINQUENIO (TASAS POR 10.000 NACIMIENTOS ESTIMADOS)				PREVALENCIA PORCENTUAL (*) DE USO DE ANTICONCEPTIVOS EN EL PERIODO (**)		
	1970-1974	1975-1979	1980-1984	1985-1989	1970-79	1980-89	Variación %
Argentina	3,64	2,51	2,45	1,98	-	-	-
Brasil	-	0,84	0,76	0,59	-	65	-
Colombia	1,91	2,33	1,83	1,68	43	65	51,2
Costa Rica	0,94	0,89	0,37	0,53	70	71	1,4
Cuba	1,61	1,05	0,93	0,86	-	-	-
Chile	5,15	3,63	1,82	1,44	-	-	-
Ecuador	0,96	1,27	0,83	0,87	34	44	29,4
Guatemala	1,22	1,20	0,95	-	19	23	21,1
Honduras	0,43	0,40	0,33	-	-	35	-
México	0,74	0,68	0,76	0,61	30	53	76,7
Panamá	0,81	0,92	1,27	0,87	49	54	10,2
Paraguay	2,76	2,35	1,60	1,68	29	38	31,0
Perú	1,07	0,81	1,05	-	31	46	48,4
R. Dominicana	0,48	0,52	1,13	0,85	32	50	56,3
Uruguay	1,55	0,92	1,04	0,93	-	-	-
Venezuela	1,62	1,23	1,30	1,09	49	-	-
TOTALES	1,36	1,19	1,07	0,90	35	58	66,6

(*) Usuarías por cada cien mujeres de 15 a 49 años.

(**) Prevalencias por encuesta, diversos años de cada decenio.

El Cuadro 7 resume la evolución de la mortalidad materna quinquenal por aborto en los países de la Región, contrastándola con las prevalencias de uso de anticonceptivos determinadas mediante diversas encuestas (OPS/SMI, 1989), llevadas a cabo en distintos años de cada decenio. La proporción presentada incluye todos los métodos de regulación de la fecundidad, incluso la esterilización quirúrgica, los métodos de aplicación local y de barrera y el del ritmo, salvo en un caso (República Dominicana). La mayor parte de las encuestas se refiere a mujeres casadas o unidas.

Como se puede apreciar, la mortalidad materna por aborto en Argentina, Colombia, Chile, Paraguay, Uruguay y Venezuela supera e incluso, llega a duplicar a la de las demás naciones en los cuatro quinquenios del lapso analizado, destacando en particular los casos de los dos países del Cono Sur, en los cuales el aborto da cuenta del 36 por ciento de las defunciones maternas, manteniéndose invariablemente como la primera causa de defunción en el grupo de las complicaciones del embarazo, del parto y del puerperio.

No se cuenta con información acerca de la prevalencia de uso de anticonceptivos en ninguno de los países de baja fecundidad, pero cabe comentar que sus elevadas tasas de mortalidad materna por aborto sugieren que la incidencia de aborto inducido puede ser importante en algunos de ellos, hecho que, por lo demás, se confirma en otras fuentes (Requena, 1990). De aquí que sea válido suponer que el aborto inducido ha contribuido a la reducción de la fecundidad en varias de estas naciones.

En los demás países, salvo en Costa Rica y Venezuela, que muestran descensos en la magnitud del indicador de entre un 33 y un 43 por ciento, las variaciones observadas son muy exiguas, destacando los casos de Panamá y República Dominicana, donde la tasa de mortalidad materna por aborto aumentó en el segundo decenio en rangos superiores al 50 y al 100 por ciento, respectivamente.

Todo lo anterior contrasta con el aumento de la prevalencia de uso de anticonceptivos que informan las encuestas de fecundidad antes mencionadas, apuntando al probable uso del aborto inducido como método de sustitución de los fracasos de las técnicas de prevención del embarazo no deseado, pero sobre todo, a las insuficiencias de los servicios de salud materna, las cuales han sido confirmadas por lo demás en estudios relativamente recientes (OPS, 1987). De aquí que sea aceptable suponer que, más que el uso de anticonceptivos, sea la mejor cobertura de los servicios de salud existente en Costa Rica lo que mejor explique el importante descenso de la mortalidad materna por aborto en ese país, a pesar de la estabilidad de su elevada prevalencia de uso de anticonceptivos.

La persistencia de embarazos no deseados en los países de la Región, parte de los cuales termina mediante la interrupción voluntaria, se ve agravada por el entorno de ilegalidad en que son practicadas esas intervenciones, bajo condiciones sanitarias inadecuadas en la gran mayoría de los casos. Sumado lo anterior a la carencia de

servicios hospitalarios dotados de los medios necesarios para el tratamiento oportuno de las complicaciones del aborto, se constata la conservación de un contexto social que favorece tanto la consulta tardía (por temor a las consecuencias penales), como la ineficacia terapéutica (por la escasez de recursos humanos calificados y de recursos materiales idóneos en los establecimientos de salud) frente a estos eventos. De aquí que se pueda suponer razonablemente que estos factores amparan la mantención de una importante incidencia del aborto como causa de mortalidad materna en los países de la Región.

Por lo tanto y habida cuenta de las deficiencias del registro de muertes maternas por aborto, se podría suponer que el aumento de la prevalencia de uso de anticonceptivos no parece haber contribuido a reducir la mortalidad materna por aborto en todos los países de esta Región, salvo en aquéllos en que tal incremento se ha dado en conjunto con el mejoramiento de otros factores, tales como una mejor educación e información, cambios de actitud hacia una sexualidad responsable y sobre todo, un amplio acceso a la atención de la salud reproductiva de las mujeres que habitan en ellos.

No obstante, reducir la incidencia del aborto reviste especial importancia para lograr disminuciones sustanciales de la mortalidad materna en la Región, lo cual es alcanzable principalmente y ante todo, a través de la prevención de los embarazos no deseados, que continúan representando una parte significativa del total de los embarazos que tienen lugar en los países que la conforman.

Un indicador de la cantidad de embarazos no deseados es la brecha entre el número ideal de hijos declarado por las mujeres en encuestas y el número de hijos que realmente han tenido. Así por ejemplo, es significativo que en Ecuador en las encuestas de Demografía y Salud (DHS) en 1989, el número ideal promedio de hijos declarado por el grupo de mujeres con 5 hijos vivos promedio, sea de 3,9. Expresado de otra forma, según la encuesta mencionada, en ese país existe una importante proporción de mujeres cuya cifra ideal de hijos es menor que el número de hijos que han tenido (el 28 por ciento de las mujeres con 3 hijos, el 47 por ciento de las mujeres de paridad 4 y el 65 por ciento de aquéllas con 5 hijos declaró promedios ideales de hijos inferiores al número de hijos que habían tenido).

2.2 Mortalidad materna por causas obstétricas directas y cobertura de la atención materna

El grueso de las defunciones maternas de esta Región se debe a las denominadas Causas Obstétricas Directas, de las cuales la mayor parte es prevenible, mediante la aplicación de tecnologías sencillas y de bajo costo, si bien ciertas complicaciones menos frecuentes pueden requerir de un arsenal terapéutico más sofisticado.

La generalidad de las muertes maternas por hemorragia es evitable mediante la detección precoz de las complicaciones hemorrágicas en el transcurso de la atención prenatal, pero sobre todo, por medio de la atención institucional del parto y de la vigilancia del puerperio por personal profesional y dotado de un conjunto mínimo de recursos, entre los que destaca la disponibilidad de bancos de sangre adecuados (WHO, 1986).

Por su parte, salvo en los casos verdaderamente excepcionales de toxemia aguda, las muertes maternas por toxemia deberían constituir un fenómeno muy infrecuente, dada la tecnología preventiva y terapéutica hoy disponible, que permite detectar precozmente y controlar la hipertensión arterial en la embarazada, incluso reconociendo que la toxemia se asocia con la pobreza y con las malas condiciones nutricionales de la población femenina fértil, que son frecuentes en los países aquí analizados.

Las defunciones por complicaciones del puerperio son evitables mediante una adecuada vigilancia de esta etapa del ciclo grávido- puerperal, mediante la prevención de las mismas en el momento del parto y a través de la atención oportuna y eficiente de los casos en que ocurren. Al respecto, en esta Región se verifica, desde hace algún tiempo, cierta asociación entre las magnitudes de la mortalidad materna total y de la derivada de complicaciones del puerperio, con la incidencia de cesáreas (Cabezas, 1988; OPS, 1990).

En el Cuadro 8 aparece la mortalidad proporcional por estos grupos de causas, para los países de la Región de los cuales fue posible obtener información suficiente al respecto, a lo que se agrega la cobertura de la atención institucional o profesional del parto para diversos períodos del decenio 1980-89.

CUADRO 8
PAISES DE AMERICA LATINA Y DEL CARIBE LATINO: DEFUNCIONES MATERNAS POR GRUPOS DE CAUSAS OBSTETRICAS
DIRECTAS Y COBERTURA DE LA ATENCIÓN DEL PARTO, DIVERSOS PERÍODOS 1980-1989

PAIS	GRUPOS DE CAUSAS								COBERTURA
	HEMORRAGIAS		TOXEMIA		COMPLICACIONES PUERPERIO		TODAS LAS CAUSAS		ATENCIÓN DEL PARTO
	%		%		%		%		
Argentina 1980-86	437	14,78	453	15,32	389	13,16	2.957	100,00	91,0
Brasil 1980-86	2.809	18,52	4.633	30,54	2.431	16,03	15.170	100,00	79,0
Colombia 1980-86	933	17,18	1.230	22,65	474	8,73	5.430	100,00	70,0
Costa Rica 1980-88	32	16,84	34	17,89	44	23,16	190	100,00	94,0
Cuba 1980-88	32	4,41	52	7,17	107	14,76	725	100,00	99,0
Chile 1980-89	97	7,20	194	14,39	254	18,89	1.346	100,00	98,0
Ecuador 1980-86	575	16,57	665	19,16	252	7,26	3.471	100,00	61,0
México 1980-86	2.089	17,16	1.890	15,52	882	7,24	12.177	100,00	48,0
Panamá 1980-88	42	15,44	44	16,18	15	5,51	272	100,00	84,0
Paraguay 1980-86	276	26,24	174	16,54	182	17,30	1.052	100,00	22,0
R.Dominicana 1980-85	147	20,14	187	25,62	24	3,29	730	100,00	90,0
Uruguay 1980-87	7	4,05	40	23,12	16	9,25	173	100,00	97,0
Venezuela 1980-86	317	13,65	418	18,00	326	14,04	2.322	100,00	98,0
TOTALES	7.793	16,94	10.014	21,76	5.396	11,73	46.015	100,00	72,5

* Porcentaje de partos con atención profesional o institucional. Total estimado para el decenio.
 Nota: Grupos de Causas, códigos CIE-IX.
 Hemorragias (640, 641, 666); Toxemia (642.4-642.9, 643); Complicaciones Puerperio (670-676).

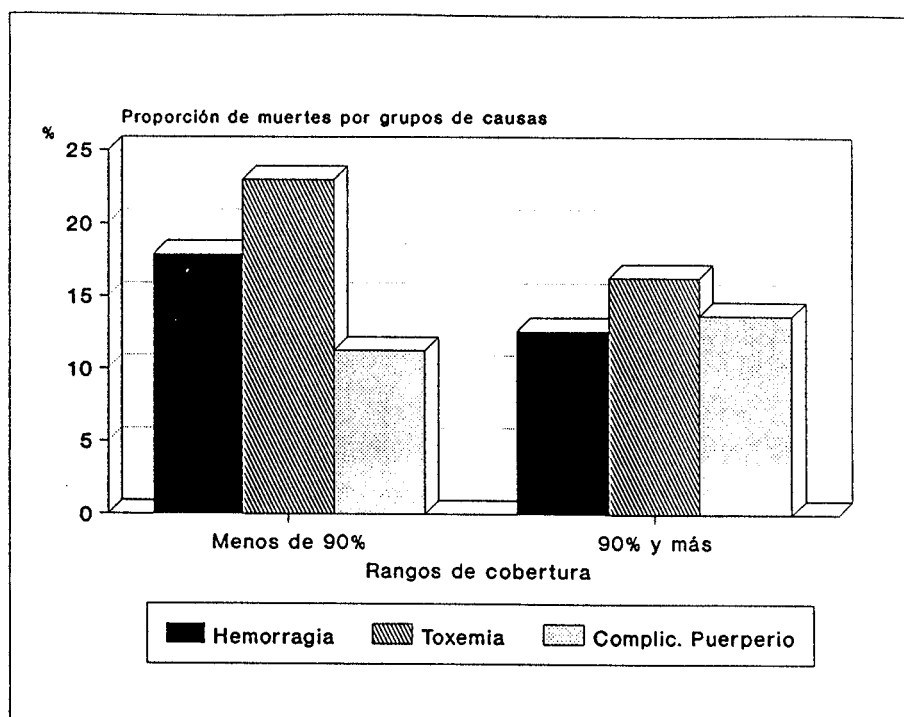
Es claro que los pesos relativos de las toxemias y de las hemorragias son más relevantes en los países de peor cobertura de la atención profesional del parto. En cambio, en el grupo de países con mejor cobertura de esta atención, tienen mayor expresión las complicaciones del puerperio, sugiriendo la asociación ya mencionada entre mortalidad materna y algunas formas de la atención del parto.

Todo lo anterior apunta a la urgente necesidad de verificar la calidad de esta atención y, sobre todo, de calificar los recursos con que se cuenta en los hospitales maternos o maternidades.

La amplia representación de las toxemias nos remite al análisis de lo que ocurre con la atención prenatal, tema sobre el cual no existe gran disponibilidad de información.

El Gráfico 4 compara la estructura de los tres grupos de causas obstétricas directas especificadas, clasificados según los rangos de cobertura de la atención institucional del parto en dos grandes grupos de países, divididos por la mediana de la serie que es de 90 por ciento.

GRAFICO 4
CONJUNTOS DE PAISES DE AMERICA LATINA Y DEL CARIBE LATINO DE ALTA Y BAJA COBERTURA
DE LA ATENCION INSTITUCIONAL DEL PARTO:
PROPORCION DE DEFUNCIONES MATERNAS POR HEMORRAGIAS, TOXEMIAS Y COMPLICACIONES
DEL PUERPERIO. 1980-1989



Las encuestas de fecundidad ya citadas, que fueron realizadas en los últimos años en algunos países de la Región, determinaron la cobertura de la atención prenatal, con base en un interrogatorio sobre los embarazos y los partos que tuvieron las mujeres en estudio, en los cinco años anteriores a la fecha de la entrevista.

Algunos valores obtenidos en estas encuestas llaman la atención, porque contrastan con las cifras de cobertura de la atención institucional del parto extraídas de otras fuentes. Así, por ejemplo, mientras las coberturas de la atención institucional del parto informadas por Colombia, Ecuador, Guatemala, Honduras, México y Paraguay para años posteriores a 1980 fluctúan entre el 22 y el 70 por ciento (OPS/SMI, 1989), las coberturas del control prenatal encontradas en estos mismos países a través de las mencionadas encuestas oscilan entre el 46 y el 84 por ciento. Lo anterior se encuentra en abierta discrepancia con lo que se observa en la mayoría de los países a través de la experiencia cotidiana de los servicios de salud, en los que generalmente la cobertura de la atención institucional del parto es bastante más elevada que la de la atención prenatal.

En todo caso, la comparación entre las mortalidades maternas por toxemia y la cobertura de la atención prenatal no resulta consistente. En el último decenio del lapso estudiado, los valores de estas tasas varían entre 0,53 y 3,19 defunciones por cada diez mil nacimientos estimados, para países como Brasil, Colombia, Costa Rica, Ecuador, México, Panamá, Paraguay y República Dominicana, cuyas coberturas de atención prenatal obtenidas por encuesta, oscilan entre el 73 y el 95 por ciento de las embarazadas.

La concentración de consultas prenatales, que se relaciona conceptualmente con el control de la morbilidad del embarazo, es desconocida, salvo para unos pocos países (Argentina, Costa Rica, Cuba, Chile, México y Panamá), que en su mayoría informan concentraciones de entre 2 y 6 consultas por embarazada. La excepción la constituye Cuba, con más de 14 consultas por embarazada, hecho que en ese país parece haber repercutido en la espectacular caída de la mortalidad materna por toxemia, al descender en 90 por ciento durante el período en estudio.

CAPITULO III: Factores determinantes de la mortalidad materna relacionados con la fecundidad

Como se ha expresado, la información analizada demuestra que existen diferenciales e incluso correlación, entre los niveles de fecundidad y los de mortalidad materna, pese a lo cual no se puede inferir causalidad.

Para lograr demostrar causalidad sería necesario realizar un análisis multivariado, que permitiera jerarquizar la influencia de diferentes variables independientes, entre ellas, la de la fecundidad, sobre la mortalidad materna. Lamentablemente, esto no resulta factible por ahora, debido a la imposibilidad de encontrar indicadores de calidad semejante para los países o subregiones analizados y a las dificultades para controlar la correlación existente entre las diferentes variables independientes. Otro camino posible sería la aplicación de modelos multivariados ya existentes, opción igualmente difícil por la carencia de datos sobre las variables independientes en cuestión (Taucher, 1990).

Consecuentemente, se propone verificar algunas de las evidencias que permitirían formular o fundamentar mejor ciertas hipótesis sobre los mecanismos a través de los cuales actúan estas relaciones. Llamaremos a éstas variables "intermedias", toda vez que se asocian con los niveles de fecundidad y a través de ésta, pueden estar influyendo en la mortalidad materna. Se incluye en esta categoría a los nacimientos en edades de alto riesgo, al intervalo intergenésico reducido y al elevado orden de nacimiento. El aborto, que es considerado por algunos autores como otra variable intermedia de la fecundidad, es analizado más extensamente en la sección de causas de muerte, ya que las complicaciones derivadas de esta práctica constituyen una de las causas de mortalidad materna más importantes en la Región.

1. Variables intermedias ligadas a la fecundidad:

1.1 Nacimientos en edades de alto riesgo

La primera relación es la más simple y directa: la estructura de los nacimientos difiere entre países o regiones según el nivel de la fecundidad, lo cual trae como consecuencia que en países con tasas de fecundidad elevada exista una mayor proporción de nacimientos de mujeres en edades de alto riesgo (de 15 a 19 y sobre 35 años), en especial en mujeres mayores de 35 años (Chackiel y Schkolnik, 1992).

Autores como Rinehart (1985), Omram (1885) y Acsadi (1986) han mostrado el mayor riesgo de tener hijos en los extremos del período fértil, concluyendo que la relación entre mortalidad materna y edad de la madre tiene la mayoría de las veces una forma de J o de U (Taucher, 1990). Otros estudios han confirmado también el aumento de los riesgos en las edades extremas del período fértil. En el caso de las madres adolescentes el mayor riesgo obstétrico deriva de la desproporción fetopélvica,

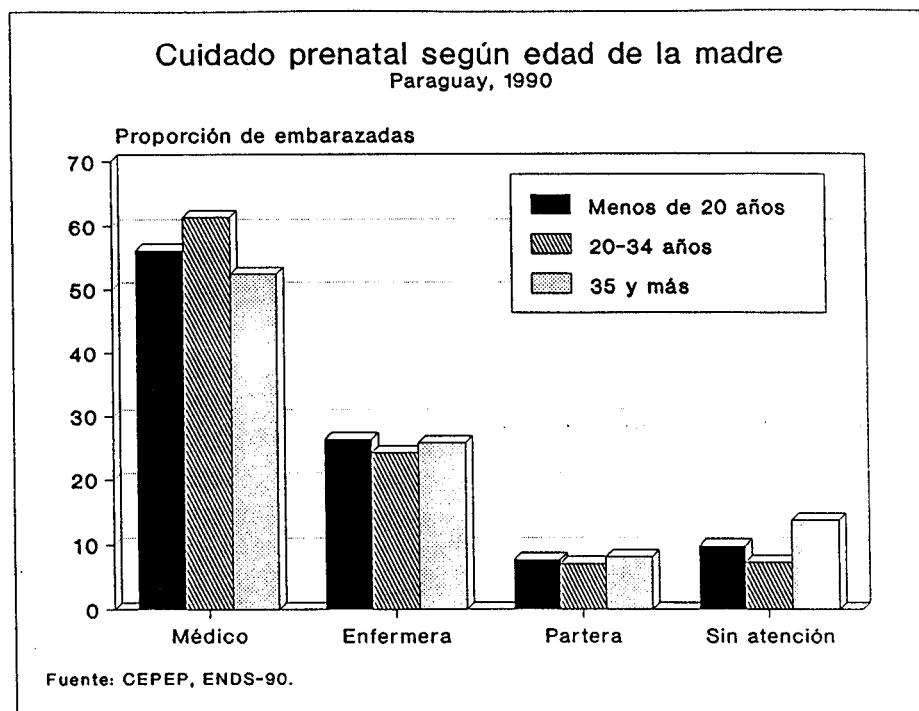
del trabajo de parto prolongado y de los partos prematuros (OPS, 1990). Por su parte, en el grupo de las madres mayores de 35 años, que corresponden habitualmente a nacimientos de alto orden en esta Región, el riesgo de muerte materna se incrementa producto de las hemorragias anteparto y postparto, de la hipertensión, de los prolapsos, de la placenta previa, de la ruptura del útero y de la toxemia del embarazo (Omram y Solís, 1992).

Por otra parte, la información de las Encuestas de Demografía y Salud (DHS), muestra que los riesgos obstétricos clínicos se combinan con factores de riesgo provenientes de las condiciones económicas y sociales en que viven las madres y en especial, con la disponibilidad y la calidad de la atención de los servicios de salud, las que son consideradas variables contextuales (analizadas en el próximo punto), cuyos efectos se acentúan cuando se trata de mujeres mayores de 35 años.

Con base en la información de las encuestas DHS, es posible sostener que entre las mujeres mayores de 35 años es menor la proporción de embarazadas que ha tenido controles prenatales y la de atención institucional del parto.

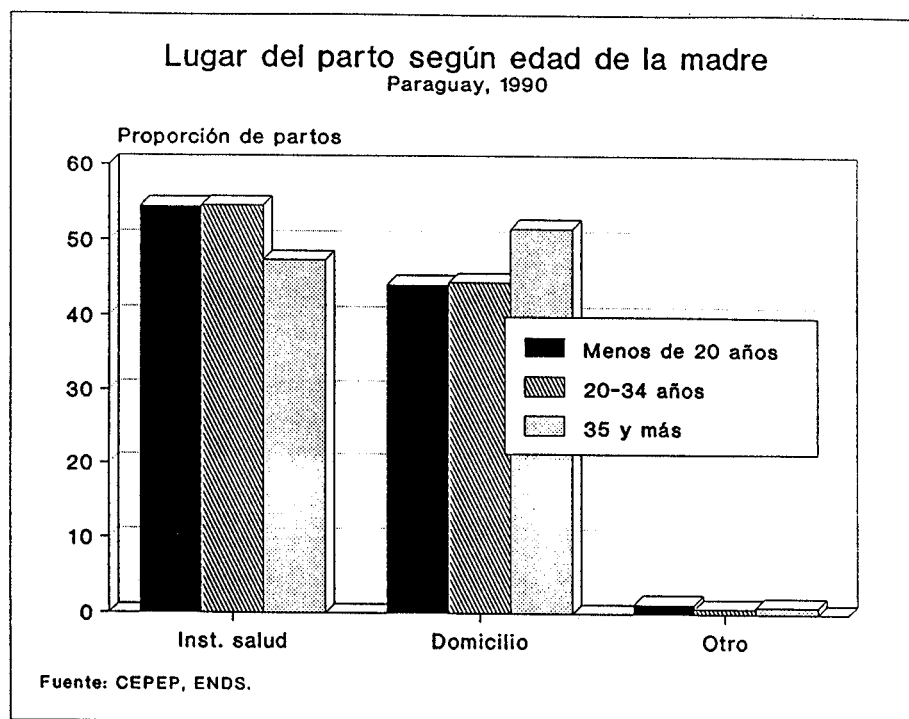
Así por ejemplo, en el caso de Paraguay (1990), mientras el 7,3 por ciento de las embarazadas de 20 a 34 años de edad no tuvo contacto con ninguna fuente de cuidado prenatal, en el grupo de las mujeres mayores de 35 años, esta proporción ascendió casi al doble (13,7 por ciento), como se aprecia en el Gráfico 5.

GRAFICO 5



Similar situación se observa en relación con el lugar de atención del parto. En efecto, el 54,6 por ciento de los partos de mujeres de 20 a 34 años tuvo lugar en un establecimiento de salud, proporción que alcanzó solamente al 47,4 por ciento entre las mujeres mayores de 35 años (Gráfico 6). Además, mientras el 67,3 por ciento de los partos de mujeres de 20 a 34 años fue atendido por un médico o por una enfermera obstetra, esta proporción descendió a un 60,7 por ciento entre las mujeres mayores de 35 años (CEPEP, 1991).

GRAFICO 6



Evidentemente lo anterior no es el resultado de la edad en sí, o de la edad fisiológica, sino expresión típica de las dificultades que enfrentan las mujeres, por su posición de subordinación en la familia y en la sociedad y de la carencia de medios de apoyo social a sus necesidades. En esta etapa de su ciclo de vida, las mujeres mayores de 35 años deben hacerse cargo, la mayoría de las veces solas, de las tareas domésticas, incluyendo el cuidado de varios hijos. Estas labores constituyen una doble jornada para mujeres que, con frecuencia creciente en América Latina y en el Caribe Latino, se desempeñan también en la esfera de la producción. Como consecuencia de este conjunto de factores, disponen de menos tiempo para dedicarlo a los cuidados de su embarazo, no asistiendo a los controles prenatales, ni disponiendo de condiciones económicas para llegar a atender sus partos en establecimientos de salud. Conjuntamente, en esta Región se da también una mayor prevalencia de analfabetismo

entre las mujeres de mayor edad, lo que ya se sabe, dificulta el acceso a la atención de la salud.

Esta situación se repite sistemáticamente en el resto de los países en que se ha realizado encuestas DHS. Cabe hacer notar que, si éstas son las proporciones existentes entre las madres sobrevivientes, que son las que participan en la encuesta, es probable que la brecha fuera aún mayor, si se pudiera considerar en el estudio a las madres que han muerto.

Las hipótesis sobre el mayor riesgo de los embarazos de mujeres mayores de 35 años se fundamenta aún más, al constatar que en América Latina, prácticamente en todos los países de fecundidades media y alta y con elevadas tasas de mortalidad materna, más del 20 por ciento de los nacimientos corresponde a madres mayores de 35 años.

No obstante lo anterior, en los últimos años se aprecia una tendencia al cambio, con el aumento proporcional del peso de los nacimientos provenientes de madres adolescentes. Efectivamente, aunque la fecundidad está bajando en general en los países de la Región, su estructura por grupos de edad muestra una transición entre los pesos relativos de las edades extremas. En estudios recientes se ha observado que la proporción de embarazos adolescentes va en aumento, en detrimento de aquéllos de mujeres mayores de 35 años (Chackiel y Schkolnik, 1992). Sin embargo, cabe agregar que estos porcentajes se asocian también al crecimiento del contingente de mujeres en edad fértil menores de 20 años, cohortes que son producto de las altas tasas de fecundidad de un pasado más bien reciente.

En el Cuadro 9 se puede observar que, con la sola excepción de Haití, la proporción de nacimientos provenientes de madres adolescentes sobre el total de nacimientos, ha aumentado sistemáticamente entre los períodos comparados en todos los países, si bien con diferente ritmo.

Pese a provenir de larga data, la problemática del embarazo adolescente ha venido a llamar la atención de los expertos sólo recientemente, en especial por sus importantes repercusiones en diversos ámbitos, más amplios que el de la salud. Evidentemente, las madres adolescentes, que en muchos casos son madres solteras, no se encuentran en las condiciones adecuadas para enfrentar el embarazo y el cuidado de sus hijos. Generalmente, un embarazo a edad temprana se lleva a cabo a costa del abandono o de la postergación de la educación, lo que en estratos socioeconómicos bajos implica una inserción laboral precaria que, a la larga, redundará en la calidad de vida material del hogar. Por otra parte, el tipo de relación de pareja que se establece en estos casos no es siempre estable ni maduro, todo lo cual aporta a la creación de un ambiente vulnerable y deficiente para el desarrollo integral de los hijos.

CUADRO 9
AMERICA LATINA: INDICADORES DE FECUNDIDAD PARA LA POBLACION FEMENINA DE 15 A 19 AÑOS,
POR PAISES AGRUPADOS DE ACUERDO CON LAS ETAPAS DE LA TRANSICION DEMOGRAFICA

Países y Etapa de la Transición Demográfica	Población femenina de 15 a 19 años				
	Tasa de fecundidad general			Nacimientos	
	Tasa (por mil)		% de variación 1960-65/1990-95	Porcentaje del total	
	1960-65	1990-95		1960-65	1990-95
Grupo I					
Bolivia	97,2	82,8	14,8	7,3	9,1
Haití	76,8	53,9	29,8	6,1	5,6
Grupo II					
El Salvador	165,4	131,3	20,6	12,1	16,3
Guatemala	161,4	123,0	23,8	11,8	11,5
Honduras	158,7	126,5	20,3	10,7	12,9
Nicaragua	169,0	153,4	9,2	11,5	15,2
Paraguay	94,8	76,2	19,6	7,0	8,8
Grupo III					
Brasil	82,5	40,8	50,5	6,7	7,4
Colombia	128,0	70,9	44,6	9,5	13,3
Costa Rica	114,8	93,1	18,9	8,3	14,8
Ecuador	135,6	79,4	41,4	10,1	11,3
México	115,3	87,9	23,8	8,5	13,9
Panamá	144,8	83,0	42,7	12,2	14,5
Perú	130,0	68,3	47,5	9,5	9,6
Rep. Dominicana	164,2	70,3	57,2	11,2	10,5
Venezuela	155,0	71,2	54,1	12,0	11,4
Grupo IV					
Argentina	62,4	66,3	-6,3	9,9	11,9
Chile	85,3	66,0	22,6	8,1	12,4
Cuba	66,8	82,0	-22,8	8,2	21,9
Uruguay	63,2	60,4	4,4	10,9	13,0

Fuente: CELADE, Proyecciones de Población.

Ya sea por sus consecuencias sociales, algunas de las cuales han sido mencionadas, como por su impacto negativo en la salud de madres e hijos, el embarazo adolescente se presenta como una problemática que requiere de soluciones efectivas. Estas soluciones deben ir orientadas no sólo al aspecto informativo (acceso a información sobre métodos anticonceptivos) y formativo (cambio de actitud hacia una sexualidad responsable), sino que deben garantizar principalmente el acceso irrestricto de la población femenina fértil, incluyendo a las adolescentes, a técnicas clínica y epidemiológicamente respaldadas de prevención del embarazo no deseado o inconveniente. Esto implica a su vez, la disponibilidad amplia de servicios de salud reproductiva, destinados a todas las mujeres en edad fértil, sin distinción de edad, estado civil o posición económica, dotados de los recursos humanos y materiales idóneos para el manejo integral, bio-psico-social, de los problemas de salud de este grupo social.

1.2 Intervalo intergenésico

El espaciamiento entre los nacimientos se considera de importancia vital en la salud reproductiva, ya que se ha constatado que las madres necesitan de un tiempo mínimo para recuperar los recursos biológicos y nutritivos consumidos durante el crecimiento del feto, preparándose de esta manera para un nuevo embarazo (Omram y Solís, 1992). Constituyen embarazos de riesgo para la madre, así como para los hijos, aquéllos con un intervalo intergenésico menor de 24 meses, pero en especial aquéllos con un intervalo inferior a los 18 meses.

Pese a la reconocida importancia del espaciamiento entre los embarazos para la prevención de la mortalidad materna, existen pocas fuentes de información que faciliten el estudio de la relación existentes entre ambos fenómenos.

Según la información de las Encuestas DHS realizadas en algunos países de América Latina en los años 90, alrededor del 30 por ciento del total de los nacimientos proviene de partos ocurridos menos de dos años después del parto anterior. De éstos, cerca de la mitad corresponde a partos ocurridos con un intervalo intergenésico inferior a los 18 meses posteriores al parto previamente tenido por la madre.

En el caso de Paraguay, por ejemplo, uno de los países de elevadas tasas de mortalidad materna en la Región, el 37,7 por ciento de los nacimientos tuvo lugar antes de que hubieran transcurrido 24 meses desde el parto anterior de la madre y un 16,8 por ciento mostró un espaciamiento de entre 7 y 17 meses (CEPEP, 1991).

Es evidente que los intervalos intergenésicos son inferiores en aquellos países, áreas geográficas o poblaciones específicas donde prevalecen elevadas tasas de fecundidad, lo cual sirve para fundamentar la hipótesis central de la asociación directa entre elevados niveles de fecundidad y morbilidad y mortalidad maternas.

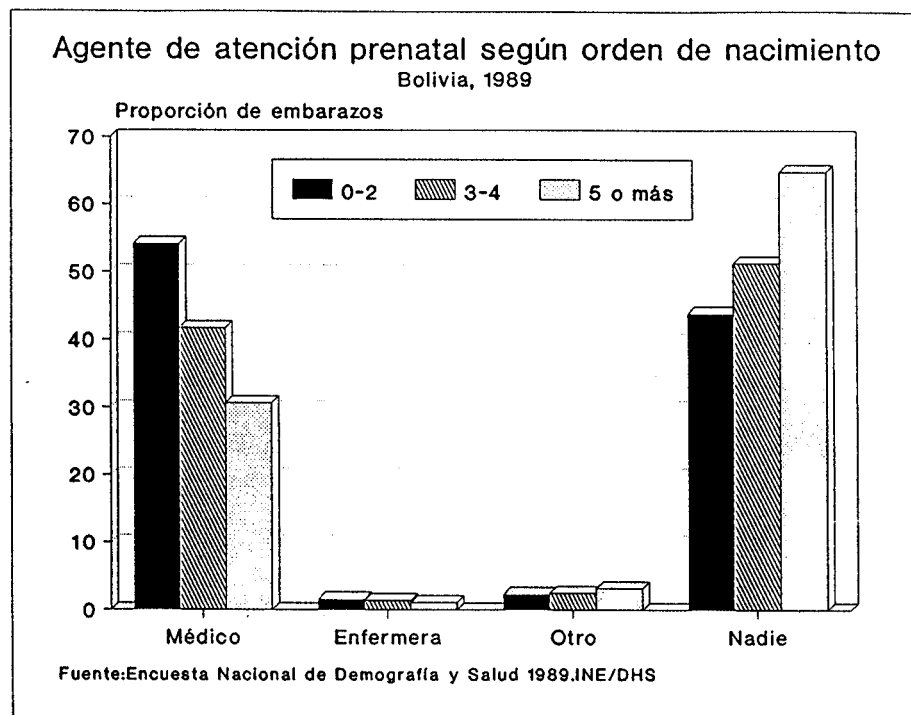
1.3 Orden de nacimiento

Desde el punto de vista clínico, el riesgo obstétrico mejor conocido y más definido de la maternidad es el riesgo de la alta paridad. Omram y Solís (1992), se refieren al estudio de Omram (1985) según el cual, los datos de los registros de maternidad provenientes de Salud Internacional de la Familia, indican que en muchos centros de América Latina los riesgos de la mujer múltipara, con 5 hijos o más, son muy superiores a los de las madres de 1 a 4 hijos.

Puesto que es difícil obtener información poblacional que asocie las defunciones maternas con el número de orden de paridad a que corresponden esos embarazos, partos y/o puerperios, es posible estimarla a través de un método indirecto, utilizando como indicador el grupo de edad de la madre, al que se ha hecho referencia en párrafos anteriores.

Según las encuestas de Demografía y Salud (DHS), las mujeres con más de 5 hijos asisten en menor proporción a los controles prenatales, entre ellas es inferior el porcentaje de partos institucionales y en algunos casos, se dobla la proporción de nacimientos que ocurren sin atención profesional.

GRAFICO 7



Así por ejemplo, en Bolivia, según la Encuesta de Demografía y Salud (DHS, 1989), tuvo atención prenatal más de la mitad de las mujeres que habían tenido entre 0 y 2 hijos. Sin embargo, sólo el 30,7 por ciento de las mujeres con más de 5 hijos tuvo ese mismo tipo de atención. Además, fue atendido por un médico el 47,2 por ciento de los partos de las mujeres que tenían entre 0 y 2 hijos, proporción que descendió al 25 por ciento, en el caso de las mujeres que habían tenido más de 5 hijos.

2. Variables contextuales:

Estas variables apuntan a factores estrechamente asociados con la fecundidad, que se expresan de manera diversa en distintos contextos geográficos, económicos y sociales, así como en mujeres pertenecientes a grupos con diferentes niveles de instrucción. Subyace a este conjunto de factores la disponibilidad y el acceso a la atención de la salud, situación que se asocia con y permea todas las variables tratadas, debiendo ser considerada, por lo tanto, como un factor de primer orden.

A continuación se examinan las evidencias empíricas que existen para hipotetizar en este sentido.

2.1 Grado de urbanización

El grado de urbanización se asocia habitualmente en sentido inverso con el nivel de la fecundidad y el de la mortalidad materna. En efecto, los países con elevadas tasas de mortalidad materna son a su vez, países con un menor grado de urbanización.

Aquellos países de fecundidad baja y media, cuya mortalidad materna es inferior a la del resto de las naciones de esta Región, son mayoritariamente aquéllos donde más del 50 por ciento de la población habita en zonas urbanas, proporción que en los casos de Argentina, Chile y Uruguay alcanza a más del 80 por ciento. La única excepción en este grupo de países es la de Costa Rica, que tiene una de las tasas de mortalidad materna más bajas de la Región, mientras sólo el 46,7 por ciento de su población habita áreas urbanas. Esto se debe, en gran medida, a la amplia cobertura de servicios de salud de que gozan los costarricenses, incluso en las áreas rurales.

En cambio, aquellos países de fecundidad media y alta, con tasas de mortalidad materna más elevadas, son principalmente aquéllos donde menos del 50 por ciento de su población habita en zonas urbanas. Las excepciones son Ecuador, Bolivia y Nicaragua, cuyas poblaciones urbanas son levemente superiores al 50 por ciento y Perú, con un 70 por ciento de población urbana.

Los factores que median en esta asociación inversa entre nivel de urbanización y mortalidad materna son de variado orden, destacando entre ellos los siguientes:

- la menor cobertura de la atención de la salud en general y de la salud materno-infantil en particular;

- las mayores tasas de fecundidad prevalecientes en las zonas rurales, las cuales como ya se señaló, coinciden con una mayor proporción de nacimientos en edades de alto riesgo y;

- la mayor prevalencia de pobreza, con el consecuente aumento del riesgo inherente a cada embarazo, debido al deficiente estado de salud de las mujeres pertenecientes a los hogares pobres e indigentes.

Igualmente contribuyen al aumento de la mortalidad materna en los sectores rurales los menores niveles de instrucción predominantes en estas zonas.

La proporción de mujeres que acuden a controles prenatales, así como la proporción de partos institucionales, constituyen indicadores de la combinación de los factores asociados con la pobreza y de los bajos niveles educacionales, con las limitaciones de la cobertura de los servicios de salud y las dificultades de transporte.

Se puede citar ejemplos de lo anterior encontrados en los países estudiados. En Colombia, mientras en las áreas urbanas el 83,5 por ciento de las mujeres embarazadas tuvo atención prenatal, en las áreas rurales esta proporción alcanzó sólo a un 59,6 por ciento (CEPAL, 1991). En Ecuador, en 1987, la cobertura del cuidado prenatal resultó similar en todas las áreas urbanas del país (alrededor del 80 por ciento), mientras en las áreas rurales apenas un poco más de la mitad de las madres recibió este tipo de atención. En otros términos, un 38 por ciento de las mujeres del área rural y un 16 por ciento de las del área urbana, no tuvieron atención prenatal (DHS, Ecuador, 1987).

Existen, asimismo, grandes diferencias en relación con la ocurrencia del parto institucional según el área de residencia. Así por ejemplo, en Honduras, donde en 1990 predominaban los partos en el domicilio, en Tegucigalpa y en San Pedro Sula sólo un 11 por ciento de los partos tuvo lugar en el hogar. En el resto de las áreas urbanas esta proporción fue de un 36,1 por ciento, mientras en las áreas rurales llegó al 79,3 por ciento de los nacimientos. Estas diferencias se repiten, aun cuando en niveles diversos de magnitud, en todos los países para los cuales se dispone de información (CEPAL, 1991).

Además, hay una gran diferencia entre las áreas urbanas y rurales en cuanto a la cobertura por agente de la atención del parto. Así por ejemplo, en 1987, en áreas urbanas de Ecuador, un 82 por ciento de los partos fue atendido por un médico o por una enfermera obstetra y sólo un 10 por ciento recibió atención de una partera. En cambio, en las áreas rurales apenas un poco más de la tercera parte de los partos, el 37 por ciento, pudo ser atendida por médico o enfermera, mientras otro tercio (34 por ciento), fue atendido por una partera y un 17 por ciento sólo recibió atención de familiares. En regiones como la Sierra rural de ese país, uno de cada cuatro partos fue atendido por familiares y apenas el 21 por ciento, por parteras empíricas.

2.2 Nivel de instrucción.

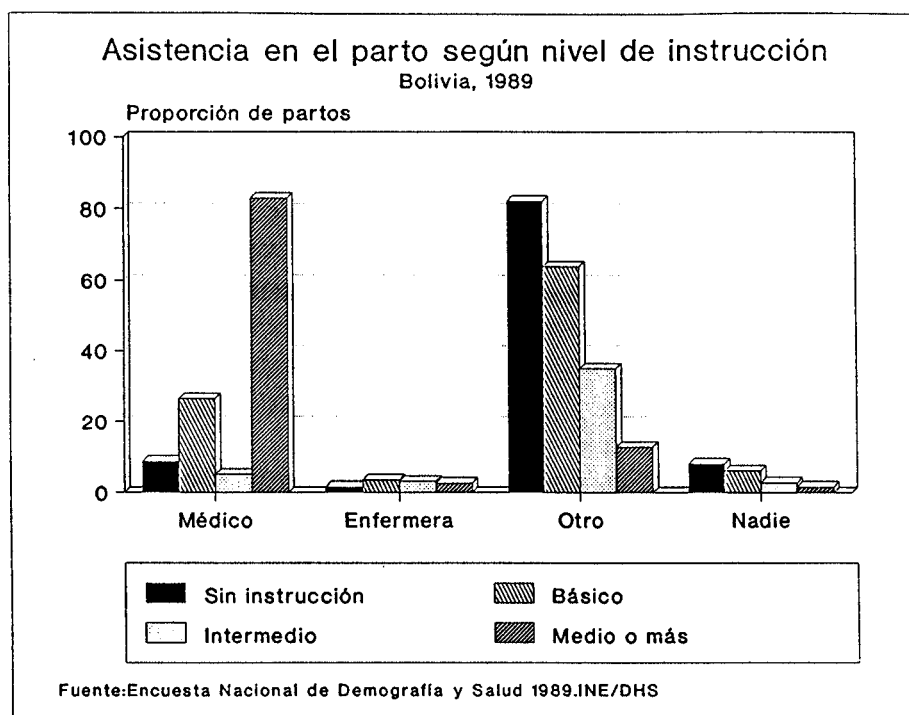
Uno de los factores que podría tener mayor incidencia en la mortalidad materna es el nivel de instrucción. Las encuestas realizadas demuestran grandes diferencias en la asistencia a controles prenatales y en el tipo de asistencia profesional durante el parto, según el nivel de instrucción de las mujeres. Por otra parte, múltiples estudios demuestran que las mujeres con menos años de instrucción formal detentan una fecundidad más alta.

Es evidente que el nivel de instrucción está estrechamente correlacionado con la situación socioeconómica de las mujeres, con las condiciones de pobreza y con el lugar de residencia de las madres. De esta manera, para separar el efecto de la educación sobre las variables más próximas de la mortalidad materna, sería necesario disponer de información de control de los efectos de estas otras variables.

Pese a que la información disponible no da lugar a tales controles, es relevante señalar que según los datos de las Encuestas de Demografía y Salud (DHS) de fines de los años 80 y comienzos de los 90, las mayores diferencias respecto de la atención prenatal, la proporción de partos institucionales, o el agente de la atención profesional durante el parto, están relacionadas con el nivel de instrucción de las mujeres.

Así por ejemplo, en el Gráfico 8 se aprecia que en Bolivia (1989), el 82 por ciento de las mujeres sin instrucción no tuvo ningún tipo de atención prenatal, proporción que desciende al 12,9 por ciento de las mujeres con educación media o superior (DHS, 1989). La atención del parto de las mujeres sin educación fue provista en un 6 por ciento de los casos por médico y en un 78 por ciento, por otra persona (categoría que incluye familiares, parteras, curanderas y similares). En el caso de las mujeres con educación media o superior, la proporción literalmente se invierte, detectándose un 78 por ciento de los partos con atención médica y sólo un 10 por ciento, atendidos por otras personas.

GRAFICO 8



2.3 La situación y la posición de la mujer en la sociedad.

Junto con variables contextuales como el grado de urbanización o el nivel educacional prevaleciente en una determinada comunidad, los niveles de mortalidad materna se relacionan con la expresión de la perspectiva de género en las políticas de salud.

Pese a que la condición de las mujeres en América Latina y en el Caribe Latino ha mejorado considerablemente en los últimos treinta años, aún continúan existiendo inequidades que las afectan, especialmente en los estratos más pobres.

En efecto, durante las últimas décadas, las mujeres adquirieron presencia y aumentaron considerablemente su participación en el mundo del trabajo: entre 1950 y 1980 la población de mujeres económicamente activas se triplicó, pasando de 10 a 32 millones y se estima que a fines de siglo existirán 65 millones de mujeres en el mercado de trabajo (CELADE, 1992).

Sin embargo, estos hechos no fueron acompañados de cambios en la distribución de los roles al interior del hogar, ni de la expansión de los servicios sociales que permitieran compatibilizar las actividades productivas y reproductivas de las mujeres. La educación se expandió y en la actualidad las mujeres representan el 44,6 por ciento del total de los alumnos matriculados en las universidades, pero aún

persiste en algunos países de la región entre un 20 y un 50 por ciento de mujeres analfabetas (Krawczyk, 1992). Por otra parte, los avances logrados en la participación de la mujer en la sociedad se han producido en medio de un proceso lleno de ambivalencias. Ha aumentado la pobreza, mostrando incluso una feminización de la misma (OPS-MSD, 1990); la mayor incorporación de las mujeres en el mundo laboral se ha producido en el sector terciario y en formas de inserción laboral inestable. Los salarios de las mujeres continúan siendo inferiores a los de los hombres que detentan puestos de trabajo similares. En la educación persisten las diferencias y se mantienen los estereotipos en relación con las áreas que las mujeres escogen para formarse profesionalmente, mientras el mayor nivel educacional alcanzado por ellas no ha tenido necesariamente como consecuencia una mejor inserción laboral.

La participación de las mujeres ha aumentado, pero sólo en algunos sectores, destacando el hecho de que las mujeres continúan estando ausentes de los medios donde se adopta las grandes decisiones.

Aun cuando no es posible sustentar con evidencias empíricas la relación existente entre la posición de la mujer en la sociedad y la mortalidad materna, el desarrollo teórico de los estudios sobre el género permite hipotetizar en este sentido y alentar, por tanto, las investigaciones enfocadas bajo esa perspectiva.

Además de las variables consideradas habitualmente en relación con las políticas y los servicios de salud, tales como la cobertura y la accesibilidad a ellos, es relevante considerar para el análisis de la mortalidad materna, la situación de la mujer en la sociedad en función de su género. La existencia de desigualdades entre los géneros, tanto dentro como fuera del hogar, es uno de los factores que debería ser tomado en cuenta en los estudios sobre la mortalidad materna. En efecto, más allá de las relaciones directamente observables entre variables contextuales como el nivel de instrucción, hay otras de mayor complejidad, que condicionan el comportamiento concreto, como por ejemplo aquéllas que tienen que ver con la distribución del poder entre hombres y mujeres, tanto dentro como fuera del hogar.

Todos los países de la Región desarrollan actividades de prevención de la mortalidad materna, considerando la mayor parte de ellos a las madres como objeto de políticas, es decir, sólo como beneficiarias. Una perspectiva diferente estriba en transformar a las mujeres en sujeto de las políticas de salud. Esta es, por ejemplo, la política propugnada por la iniciativa "Salud para las mujeres, mujeres para la salud" desarrollada desde comienzos de los años 90 por el Gobierno de Colombia.

Dicha política considera el mejoramiento de la calidad de vida de las mujeres, propicia el protagonismo de la mujer como sujeto de derechos y aspira a fortalecer una ética de amor propio, estimulando las prácticas de autocuidado y autodeterminación femenina sobre su vida, su cuerpo, su sexualidad y su salud. El programa contempla entre sus objetivos los de mejorar la cobertura y la calidad de los servicios dirigidos a las mujeres, promoviendo una atención humanizada, integral, oportuna y eficaz.

Tales objetivos se logran mediante actividades de ampliación de la cobertura de los servicios de salud, capacitación del personal de salud en la comprensión de la relación entre género y salud y a través de la participación social y comunitaria para promover el autocuidado de la salud.

En Ecuador a su vez, el Componente Materno-Infantil del Programa de Fomento y Atención de la Salud, del Departamento de Salud Materno-Infantil del Ministerio de Salud Pública, formulado en 1990, tiene como objetivo prioritario reducir la mortalidad materna. Para su logro se ha propuesto ampliar la atención institucional de los partos, aumentar la cobertura de los controles pre y postnatales y desarrollar los servicios de regulación de la fecundidad. Además, el Programa "Mujer, Salud y Desarrollo", que realiza el mismo departamento, tiene como objetivo definir estrategias para disminuir la mortalidad materna en el país.

Por último, en Honduras, el Plan Operativo Anual de Salud 1989 del Ministerio de Salud Pública considera como acción prioritaria del Área de Atención a la Mujer del Programa Materno-Infantil, mejorar la atención materno infantil, teniendo como metas aumentar el número de atenciones prenatales, aumentar la proporción de partos institucionales y desarrollar la atención de planificación familiar.

En la medida en que tales programas se funden en una amplia participación de las interesadas en la definición de objetivos, estrategias y metas y favorezcan su contribución individual al mejoramiento de la salud colectiva, se puede esperar impactos satisfactorios sobre los niveles de mortalidad materna. No ocurrirá lo mismo si, por el contrario, se promueve sólo el autocuidado sin desarrollar suficientemente su contraparte en los servicios de salud, o si solamente se busca incrementar metas de cobertura de algunas atenciones básicas, sin contar con niveles de atención más complejos accesibles para las embarazadas y puérperas.

4. CONCLUSIONES

La información presentada en el capítulo 1 muestra que, como lo han señalado diversos autores (OPS, 1985), las diferencias entre los niveles de la mortalidad materna en años recientes en esta Región continúan siendo espectaculares, habida cuenta de las diferencias de fecundidad y de integridad del registro de muertes maternas. Por otra parte, no hay duda de que la magnitud más importante de estas diferencias se visualiza en las comparaciones con los países industrializados del norte de las Américas, apuntando a la profundización de la brecha entre unos y otros. Es interesante recalcar además, que la evolución de las asociaciones entre mortalidad materna y fecundidad es similar en todos los países mencionados, incluso en Canadá. No obstante sus logros en la reducción de la mortalidad materna son bastantes dispares, lo cual puede ser explicado parcialmente por el análisis de las relaciones entre las principales causas de muerte materna y la atención de la salud reproductiva de la mujer.

Además, cabe señalar que, a juzgar por la similitud del comportamiento evolutivo de la mortalidad materna de al menos los dos primeros grupos de países en los cuatro quinquenios estudiados, pareciera existir un patrón de descenso del fenómeno en esta Región, que es distinto del verificado en los países industrializados, rasgo que probablemente obedezca a la incidencia de factores no directamente relacionados con la fecundidad, como lo es la diferente calidad de vida que ha regido en unos y otros.

Las diferentes estructuras de causas de muerte materna observadas demuestran además que la reducción de la mortalidad materna deberá fundamentarse en estrategias y actividades distintas en cada país, si bien el esfuerzo tendrá que centrarse principalmente en el control de las causas obstétricas directas en todos los casos, dado el trecho que queda por recorrer en esta esfera.

Argentina, Chile y Uruguay requieren enfocar la mortalidad por aborto como problema prioritario, revisando la prevalencia de uso de anticonceptivos en distintos segmentos de la población femenina fértil, con enfoque de riesgo, de manera de facilitar el acceso irrestricto de todas las mujeres a la prevención del embarazo no deseado o inconveniente, como también a una atención hospitalaria suficiente del aborto complicado.

Costa Rica y Cuba, en cambio, parecen enfrentar el desafío de controlar aquella fracción de las causas obstétricas directas que depende directamente de la implantación de normas de atención obstétrica especializada en el ámbito hospitalario, dado que en ambas naciones existe una amplia cobertura de los servicios de salud.

Dada la experiencia existente, el camino por recorrer en los demás países parece más largo, pero es quizá más sencillo, ya que requiere del establecimiento de sistemas

básicos de atención de la salud materna, que sean accesibles para la totalidad de la población bajo riesgo.

La reducción de la mortalidad materna en América Latina y en el Caribe Latino, al menos hasta los niveles mínimos posibles en función de la actual fecundidad de la Región, es un objetivo factible de lograr, incluso en los países menos desarrollados, mediante la conducción de programas integrales de salud materna. Si bien la postergación de la atención de las mujeres obedece a un sinnúmero de factores, originados tanto en las condiciones de vida y de trabajo y en el modo de pensar la salud que detenta la población, como en la disponibilidad de recursos y en la organización de los servicios de salud, la información que ha sido presentada sugiere que la cobertura y sobre todo, la calidad de las atenciones que son otorgadas a embarazadas y puérperas, no alcanzan niveles suficientes. Así lo demostró por lo demás un estudio realizado hace pocos años (OPS/SMI, 1987) en un buen número de países de la Región, donde se constató que menos del 15 por ciento de los servicios de atención obstétrica ambulatoria y menos del 8 por ciento de los de atención hospitalaria de la especialidad, disfrutaba de condiciones de eficiencia satisfactorias.

A finales del siglo XX, la muerte materna es un anacronismo que la sociedad debe evitar a toda costa. Para América Latina y el Caribe Latino, tal meta se hace prioritaria, en función de la promoción del derecho de las mujeres que habitan el área, a ejercer sus capacidades reproductivas de manera saludable y segura.

BIBLIOGRAFIA

CABEZAS, E. (1988): "Mortalidad Materna en Cuba". MINSAP, La Habana, Cuba

CELADE (1992): Boletín Demográfico N°49, "América Latina: Población Económicamente Activa, 1970-2000", Santiago de Chile.

--- (1989): "La Fecundidad: Niveles, Tendencias y Determinantes Próximos". En "Las Condiciones de Salud en las Américas. Edición de 1990". OPS, Public. Científ. 524, Washington D.C., EE.UU. de Norteamérica

CEPAL (1990): "Mujer y Cambios Demográficos". En Los Grandes Cambios y la Crisis. Impacto sobre la Mujer en América Latina y el Caribe. Santiago de Chile.

CEPEP (1991): Centro Paraguayo de Estudios de Población, Encuesta de Demografía y Salud, 1990.

CERVANTES, R. y T. WATANABE (1985) "Muerte Materna Intrahospitalaria en el Perú". Informe a la Reunión Interregional sobre Prevención de la Mortalidad Materna. OMS, Ginebra, Suiza.

CHACKIEL J. y SCHKOLNIK, S. (1992): Notas de Población N°55, Año XX, Centro Latinoamericano de Demografía. Santiago de Chile, 1992.

CHACKIEL, J. (1986) "La Investigación sobre Causas de Muerte en América Latina. Situación Actual y Perspectivas Futuras". CELADE, Santiago, Chile.

DHS, Demographic and Health Surveys Institute for Resource Development. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. Ecuador, 1987.

--- Bolivia, Encuesta Nacional de Demografía y Salud, 1989. Informe Preliminar. Instituto Nacional de Estadística-Demographic and Health Surveys IRD/Macro Systems, Inc. Bolivia.

FARNOT, U. (1985): "Mortalidad Materna en Cuba". Informe a la Reunión Interregional sobre Prevención de la Mortalidad Materna. OMS, Ginebra, Suiza.

GRAHAM, W. y W. BRASS (1988): "Evaluación del Trabajo de Campo del Método de la Sobrevivencia de Hermanas para Medir la Mortalidad Materna". Notas de Población Año 16, N° 46-47.

LAURENTI, R. (1986) "Mortalidade Materna em Quatro Municípios do Estado de São Paulo 1983". Relatório Final. Centro da OMS para a Classificação de Doenças. São Paulo, Brasil.

LAURENTI, R. (1988): "Alguns Marcos Referenciais para Estudos e Investigações em Mortalidade Materna". Informe a la Reunión Regional sobre Prevención de la Mortalidad Materna. OPS, Campinas, SP, Brasil.

MINISTERIO DE SALUD Y ACCION SOCIAL DE ARGENTINA (1989): "Estudio de la Mortalidad Materna: Análisis del Sub-registro de las Muertes Maternas en Capital Federal, 1985". MSAS-OPS, Buenos Aires, Argentina.

MMWR (1985): "Maternal Mortality Pilot Surveillance in Seven States". N° 34:709.

OMRAM, A. y J. A. SOLIS (1992): "Planificación Familiar y Salud en las Américas". En Salud Reproductiva en las Américas, Organización Panamericana de la Salud. Washington D.C.

Organización Panamericana de Salud (OPS (1990): "Las Condiciones de Salud en las Américas" Pub. Científ. 524.

--- (1990): Programa Mujer, Salud y Desarrollo, "Perfil Epidemiológico de la Salud de la Mujer en la Región de las Américas". Washington, D.C., Marzo 1990.

--- (1989): Programa de Salud Materno-Infantil, "Estrategias para la Prevención de la Mortalidad Materna en las Américas". Fascículo IV.

--- (1987): Programa de Salud Materno-Infantil, "Elementos Básicos para el Estudio y para la Prevención de la Mortalidad Materna". Fascículo II.

--- (1986): Programa de Salud Materno-Infantil, Documento de Referencia sobre el Estudio y la Prevención de la Mortalidad Materna , Fascículo I, Washington, D.C.

--- (1985a) "La Salud de la Mujer en las Américas". Pub. Científ. 488.

--- (1985b) "Las Condiciones de Salud en las Américas 1980-1984". Pub. Científ. 500.

OPS/OMS (1988) "Los Servicios de Salud en las Américas. Análisis de Indicadores Básicos". Cuad. Téc. N° 14.

PUFFER, R.R. y G.W. GRIFFITH (1968) "Características de la Mortalidad Urbana". OPS, Pub Científ. 151.

RAJS, DANUTA (1991): "La mortalidad materna en América Latina y el Caribe Latino". International Union for the Scientific Study of Population, (IUSSP) y Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE). Santiago de Chile.

RAJS, DANUTA (1992): Propuestas para el Diseño y para la Implantación de un Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Materna en los Países de las Américas (Informe de Consultoría). OPS, Programa de Salud Materno-Infantil, Enero 1992.

REQUENA, M. (1990) "El Aborto Inducido en Chile". En Requena B., M. (ed) El Aborto Inducido en Chile. Sociedad Chilena de Salud Pública, Santiago, Chile.

ROSETO, LUIS (1976): Notas sobre el Aborto en Costa Rica. Asociación Demográfica Costarricense, San José de Costa Rica, 1976.

US NATIONAL ACADEMY OF SCIENCES (1989) (National Research Council, Working Group on the Health Consequences of Contraceptive Use and Controlled Fertility): "Reproductive Patterns and Women's Health". In US National Academy of Sciences Contraception and Reproduction: Health Consequences for Women and Children in the Developing World. National Academy Press, Washington, D.C.

VALLIN, J. (1988): "Seminario sobre Causas de Muerte. Aplicación al Caso de Francia". CELADE-INED, Francia. Santiago, Chile.

VILLALON, G. y H. ORELLANA (1990) "Compatibilización de las Revisiones Séptima, Octava y Novena de la Clasificación Internacional de Enfermedades. Aplicación a Chile 1960-1985". Instituto Nacional de Estadísticas-CELADE. Santiago, Chile.

WEISNER, MÓNICA (1986): "Aborto Provocado: Estudio Antropológico en Mujeres Jóvenes de Sectores Populares". Universidad de Chile, Santiago de Chile, 1986.

WHO (World Health Organization) (1986): "Essential Obstetric Functions at the First Referral Level". Report of a Technical Working Group, Geneva.

WONG, L.R., SIMONS, H. GRAHAM, W. y S. SCHKOLNIK (1990): "Estimaciones de Mortalidad Materna Aplicando el Método de Sobrevivencia de Hermanas: Experiencias en América Latina". CELADE-Escuela de Higiene y Medicina Tropical de la Universidad de Londres, Santiago, Chile.