

ARTICULO ORIGINAL

MORTALIDAD MATERNA EN CHUQUISACA

MATERNAL MORTALITY IN CHUQUISACA

Alberto De La Galvez Murillo - Camberos, MSP *

RESUMEN

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿La razón de mortalidad materna en Chuquisaca habrá experimentado algún cambio entre 1998 y 2003?

OBJETIVO

Determinar si la razón de mortalidad materna departamental experimentó alguna variación entre 1998 y 2003.

DISEÑO

Estudio es descriptivo, retrospectivo y de correlación

MÉTODOS

Está basado en los reportes del sistema de vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna (VEMM), del Ministerio

de Salud y Deportes, que para el caso de Chuquisaca se trata de planillas resumen elaboradas por el Servicio Departamental de Salud (SEDES).

RESULTADOS

Ha ocurrido una leve disminución del indicador, equivalente a un 19,5% si se compara los datos de los años extremos (1998 y 2003).

PALABRAS CLAVE

Mortalidad materna. Razón de mortalidad materna.

ABSTRACT

RESEARCH QUESTION

¿Is there any changes in the maternal mortality rate between 1998 and 2003 in Chuquisaca?

OBJETIVE

To determinate changes in maternal mortality rate between 1998 and 2003 in Chuquisaca.

DESIGN

Descriptive, retrospective and co relational study

METHODS

Review of the list of maternal deaths from Department of Health Service.

RESULTS

There is a small reduction of maternal mortality rate between 1998 and 2003.

KEY WORDS

Maternal mortality. Maternal mortality rate.

INTRODUCCIÓN

La mortalidad materna es relativamente poco frecuente en comparación con otros eventos vitales. Esto hace que su investigación no sea fácil de realizar y que los procedimientos destinados a la estimación de su magnitud no gocen de amplio consenso.

Sin embargo, la muerte de una mujer durante el embarazo, el parto o el puerperio es uno de los acontecimientos más dolorosos, no solamente por su significación individual en el marco del derecho humano a la vida, sino también por su repercusión social, porque priva a la familia de un conjunto de procesos mediadores que, por un lado, promueven el crecimiento y desarrollo de los hijos y, por el otro, favorecen la reproducción social de individuos y clases.

* Docente Investigador Titular, Instituto de Investigaciones en Salud y Desarrollo, Facultad de Medicina, UMSA.
E-mail: adelagalvezmurillo@yahoo.com

En Bolivia, con una cobertura de partos de aproximadamente 60%, las muertes maternas que ocurren fuera de los servicios de salud representan el 63%, en tanto que la probabilidad de morir es el doble cuando el parto no tiene lugar en una instalación de salud.¹ Esto quiere decir, por un lado, que hay mujeres gestantes que no reciben el beneficio del conocimiento científico ni la tecnología en salud y, por el otro, que los establecimientos sanitarios y su personal no están suficientemente bien preparados para diagnosticar y tratar oportuna y apropiadamente las complicaciones obstétricas graves.²

Analizar la situación de la mortalidad materna en Chuquisaca, en un periodo de seis años, responde a la necesidad de contar con estudios departamentales que puedan revelar de manera más focalizada las características y tendencia de las defunciones maternas, dado que los estudios nacionales han demostrado una reducción en 41% de la razón promedio nacional entre 1991 y 2001.^{3,4}

Chuquisaca es uno de los pocos departamentos que realiza vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna desde que el proceso fue iniciado en 1995; es también el territorio donde ha ocurrido una experiencia exitosa, la del municipio San Lucas, en la provincia Nor Cinti.⁵

Sin embargo, la inequidad social continúa rodeando la vida de muchas mujeres chuquisaqueñas, desde que nacen porque su vida no tiene el mismo punto de partida y porque tampoco pueden llegar a la meta.

La mortalidad materna es así uno de los ámbitos de la vida de la mujer en que la desigualdad social y de salud alcanza niveles preocupantes.

MATERIAL Y MÉTODOS

Este estudio es descriptivo, retrospectivo y de correlación. Está basado en los reportes del sistema de vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna (VEMM), del Ministerio de Salud y Deportes⁶, el SNIS⁷ y la Encuesta PostCensal de Mortalidad Materna (EPMM).¹

Para los cálculos de población, tasa de natalidad y número de nacidos vivos se ha consultado las páginas web del Instituto Nacional de Estadística⁸ y del Sistema Nacional de Información en Salud.⁷ Con esos datos ha sido posible calcular la razón de mortalidad materna.

El número de muertes maternas correspondiente a cada año del periodo de estudio ha sido obtenido compatibilizando información tanto del sistema departamental de VEMM, como de la EPMM y el SNIS.

En el Cuadro # 1, el número total de muertes maternas del año 2000 es el de la EPMM (29 casos) y a la vigilancia epidemiológica departamental que aportó 4 casos adicionales luego de comparar los nombres y apellidos de las difuntas registradas en ambas listas. Por tanto, entre 1998 y 2003 la VEMM detectó 207 casos. Corrigiendo el dato del año 2000 y de otros años cuando correspondía, el total de casos llega a 225.

CUADRO # 1
NÚMERO DE MUERTES MATERNAS REPORTADAS, SEGÚN FUENTE Y POR AÑO.
CHUQUISACA, 1998 A 2003

Fuente	1998	1999	2000	2001	2002	2003
SNIS*	2	16	6			
SNIS/VE**	8	25	17	4	16	7
VEMM	42	42	19	33	39	32
EPMM			29			
TOTAL	42	44	33	34	39	33

* Corresponde al reporte mensual de producción de servicios, que ya no incluye la variable de muerte materna desde 2001.

** Corresponde al formulario de vigilancia epidemiológica del SNIS, que como es posible apreciar, tiene variaciones con el de producción de servicios.

FUENTE: Elaborado a partir de: SNIS, VEMM, EPMM

Los grados de pobreza corresponden a la clasificación en cinco grupos establecida por el INE en relación con las necesidades básicas satisfechas o insatisfechas.⁹

La desigualdad, en cambio, tiene que ver con el nivel de ingresos de la población, en especial la brecha entre el quintil más rico y el quintil más pobre. El indicador ha sido establecido por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) que ha publicado un informe al respecto sobre la situación de los municipios de Bolivia.

De acuerdo con el ranking de Chuquisaca, se ha construido de manera arbitraria cuatro niveles o grados de desigualdad, del menor al mayor:

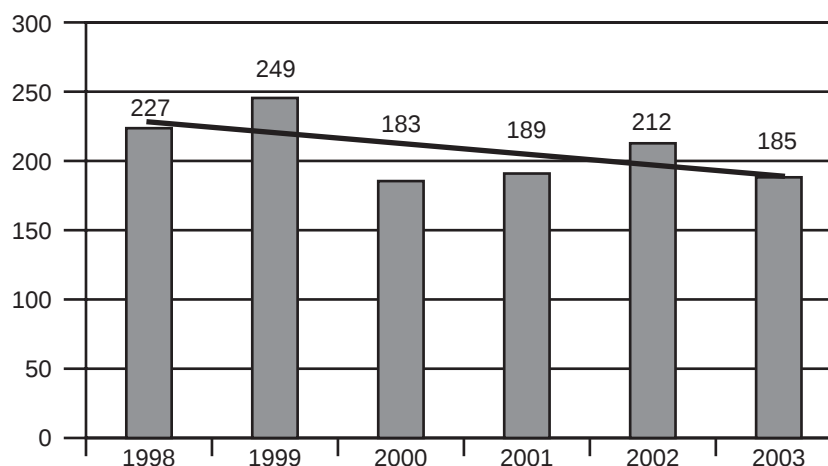
Desigualdad I:	0,175 a 0,269
Desigualdad II:	0,312 a 0,398
Desigualdad III:	0,418 a 0,477
Desigualdad IV:	0,507 a 0,687

Los datos fueron almacenados en computadora mediante el paquete EPI INFO 2002. Luego de una primera digitación y obtención de algunos cuadros de salida para control, se procedió a la verificación de los datos caso por caso. En este trabajo se presenta únicamente la parte referida a la magnitud de la mortalidad materna.

RESULTADOS

La Figura # 1 muestra la razón de mortalidad materna anual para un periodo de seis años. La línea de tendencia revela que ha ocurrido una leve disminución del indicador, equivalente a un 19,5% si se compara los datos de los años extremos, es decir aproximadamente 3,7 puntos porcentuales por año, que es ligeramente menor que el ritmo de reducción que ha experimentado en aproximadamente diez años la cifra promedio nacional (de 390 a 229, es decir 4% anual).

FIGURA # 1.
RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA X 100 000 NIÑOS NACIDOS VIVOS
POR AÑO, Y LÍNEA DE TENDENCIA. CHUQUISACA, 1998 A 2003

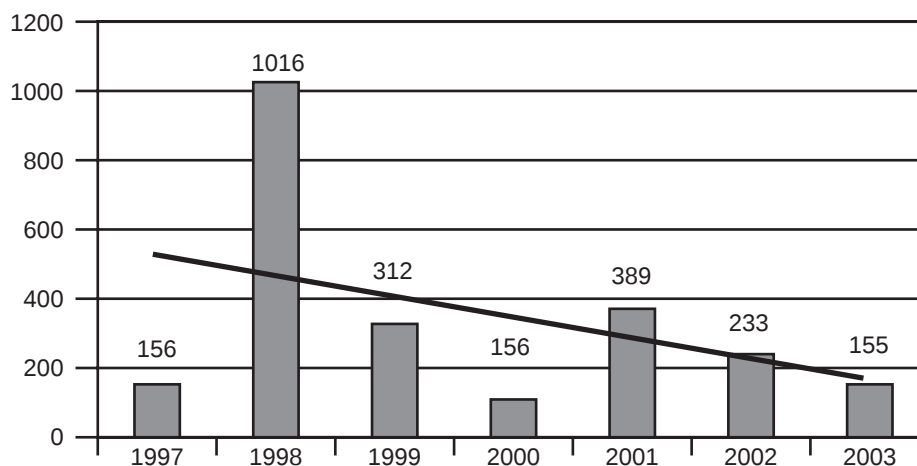


FUENTE: A base de la VEMM Chuquisaca y la EPMM

No es posible establecer con certeza qué territorios departamentales han contribuido para esta reducción; sin embargo, es posible que la provincia Nor Cinti, que el año 1998 aportó con el 33,3% de las defunciones departamentales y el 2003 con el 25,0%, sea la causante de la reducción, por cuanto registra una tendencia descendente aunque oscilante del número de defunciones maternas en el periodo de estudio.

En realidad, el resultado es atribuible más al municipio San Lucas que a toda la provincia, ya que en él está en plena vigencia, aunque con signos iniciales de deterioro, una experiencia de vigilancia epidemiológica comunitaria de la mortalidad materna, que provocó una reducción espectacular de la mortalidad de mujeres embarazadas, tal como aparece en la Figura # 2.

FIGURA # 2.
RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA X 100 000 NACIDOS VIVOS POR AÑO
Y LÍNEA DE TENDENCIA. SAN LUCAS, 1997 A 2003



FUENTE: OPS. Estudio de caso Bolivia⁵

MORTALIDAD MATERNA SEGÚN CONDICIONES DE VIDA

Se sabe que la mortalidad es una de las formas de expresión de las condiciones de vida, por lo que la distribución de las defunciones maternas registradas

en el periodo de estudio y los porcentajes de la población departamental que corresponden a cada contexto ⁹, pueden ayudar a entender la relación entre el problema y el desarrollo social, tal como se muestra en los Cuadros # 2 y # 3.

CUADRO # 2
DISTRIBUCIÓN DE MUERTES MATERNAS POR GRADO DE POBREZA
CHUQUISACA, 1998 A 2003

Grado pobreza	No. de muertes	% de muertes	% población
Grado 1	59	29	41
Grado 2	23	11	14
Grado 3	38	19	24
Grado 4	66	32	16
Grado 5	19	9	5
Total	205	100	100

FUENTE: Elaborado con datos de VEMM Chuquisaca

Chuquisaca es uno de los departamentos más pobres el país, después de Potosí y Beni⁽⁹⁾. Esa condición no ha mejorado gran cosa, porque en 1992 el porcentaje de pobres llegó a 79,8% y en 2001 a 70,1%. Entre los pobres, los indigentes y marginales representan más de la mitad.

El grado menor de pobreza, que es el 1, corresponde exclusivamente al municipio de Sucre, en la provincia Oropeza. Registra un importante porcentaje de las defunciones maternas, pero contiene a casi la mitad de la población departamental. Además, debido a que en él está el Hospital Gineco-Obstétrico, de nivel

CUADRO # 3
DISTRIBUCIÓN DE MUERTES MATERNAS POR DESIGUALDAD
CHUQUISACA, 1998 A 2003

Desigualdad	No. muertes	% muertes	% población
I	77	38	21
II	101	49	61
III	23	11	14
IV	4	2	4
Total	205	100	100

FUENTE: Elaborado con datos de VEMM Chuquisaca

III, un determinado número de defunciones maternas corresponde a municipios que le derivan mujeres embarazadas en emergencia obstétrica.

Los municipios con grado 4 de pobreza constituyen el territorio más complicado. En ellos vive solo uno de cada seis habitantes, pero allí ocurre una de cada tres muertes maternas. Este grupo está constituido sólo por 6 de los 28 municipios que hay en el departamento; cuatro de ellos (Tarvita, El Villar, San Lucas e Incahusi) por ser contiguos, conforman una franja territorial que podría favorecer emprendimientos conjuntos.

De igual manera, la desigualdad es otra forma de ver la relación entre el desarrollo socioeconómico y los problemas de salud, pues tiene que ver con los ingresos de la población. En Bolivia, el ingreso promedio del 10% de la población más rica es 15 veces mayor al que corresponde al 10% de la población más pobre.¹⁰

En Chuquisaca se encuentran nueve de los diez municipios más desiguales del país.¹⁰ De éstos, la mayoría registra valores altos del índice de desarrollo humano, en comparación con otros municipios, pero a la vez están en los grados 3 y 4 de pobreza. Se origina así una contradicción muy propia de las colectividades dependientes de modelos de desarrollo capitalistas, una de cuyas consecuencias es la exclusión social, expresada en el abandono de territorios y de poblaciones.

No obstante la contradicción anterior, en gran parte del territorio, pobreza y desigualdad tienen, como

dicta la lógica, una relación inversamente proporcional: a mayor pobreza menor desigualdad. En este sentido, en diez municipios el nivel de desigualdad es el menor (I), debido a que seis de ellos corresponden a los grados de pobreza 4 y 5 (Poroma, Tarvita, Presto, Icla, El Villar y Huacaya). En ese nivel de desigualdad vive el 21% de la población departamental pero aporta con el 38% de las muertes maternas.

De 205 defunciones maternas con municipio de procedencia identificado, el 48% ha tenido lugar en los municipios más pobres y con menores niveles de desigualdad. El resto responde a ese proceso de contradicción social que entremezcla en un mismo territorio diversas condiciones de vida.

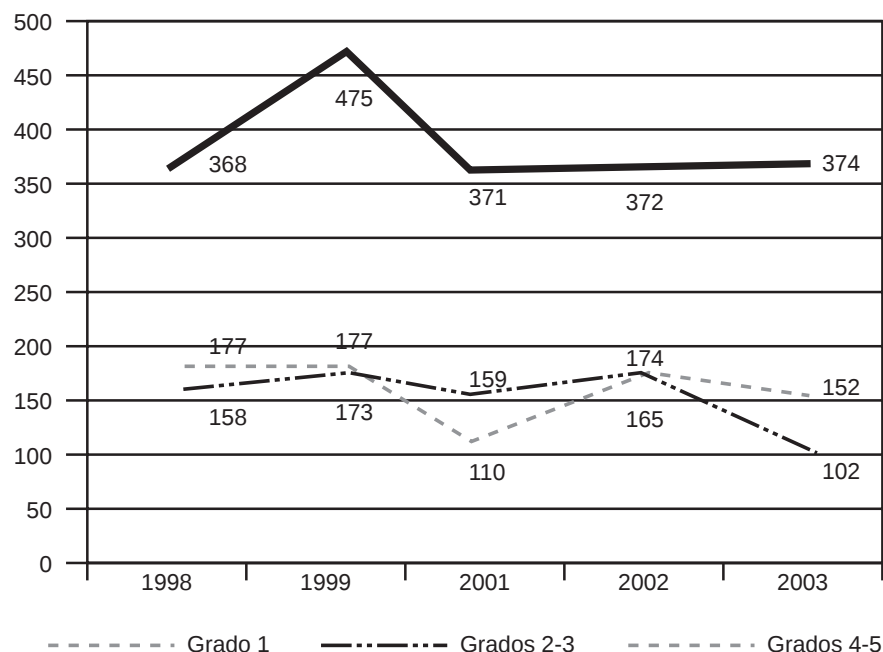
Pero no toda desigualdad puede ser considerada como inequitativa, excepto cuando expresa diferencias en las condiciones de vida. Por tanto, el análisis situacional de la mortalidad materna en diferentes contextos es para identificar territorios prioritarios en cuyo favor se tendría que aplicar políticas sociales y de salud, y luego evaluarlas.

No es fácil estimar la razón de mortalidad materna por contexto de pobreza, porque la principal dificultad radica en establecer la tasa bruta de natalidad por grupo territorial de pobreza. Sin embargo, recurriendo a un artificio(1), es posible una aproximación, tal como aparece en la Figura # 3, excepto para el año 2000, por las dificultades que hubo en el reporte de muertes maternas (ver el diseño metodológico).

El grado 1 corresponde exclusivamente al municipio de Sucre. La tendencia es de ligero descenso. En los grados 2-3 el descenso al final de la curva es

(1) Asignando el mismo porcentaje de recién nacidos que corresponde al peso población que tiene cada grado de pobreza.

FIGURA # 3
RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA X 100 000 NACIDOS VIVOS
SEGÚN GRADO DE POBREZA Y AÑOS. CHUQUISACA, 1998 A 2003



FUENTE: Elaborado con datos de VEMM Chuquisaca

más franco, y se debe a que el 2001 en el grado 2 de pobreza se reportó solo una muerte materna, es decir bastante menos que en los años previos. En los municipios con pobreza 4 ó 5, hay también un leve descenso. En este grupo se encuentra el municipio de San Lucas.

Pero la diferencia más importante está en la magnitud de la mortalidad materna, que es prácticamente el doble en los municipios con pobreza 4-5 en comparación con los otros dos grupos.

GEOGRAFÍA DE LA MORTALIDAD MATERNA

De 103 defunciones notificadas entre 2001 y 2003 mediante VEMM, el 57,3% ocurrió en tres provincias (Nor Cinti, Oropeza y Juana Azurduy de Padilla); en ellas está concentrada el 65,5% de la población del departamento.

En la Figura # 4 se presenta la relación entre el porcentaje de defunciones que corresponde a ciertas provincias y el porcentaje de la población departamental que contienen. Sirve para la selección de territorios críticos que, como es posible observar, señala a Nor Cinti, Padilla y Tomina como los

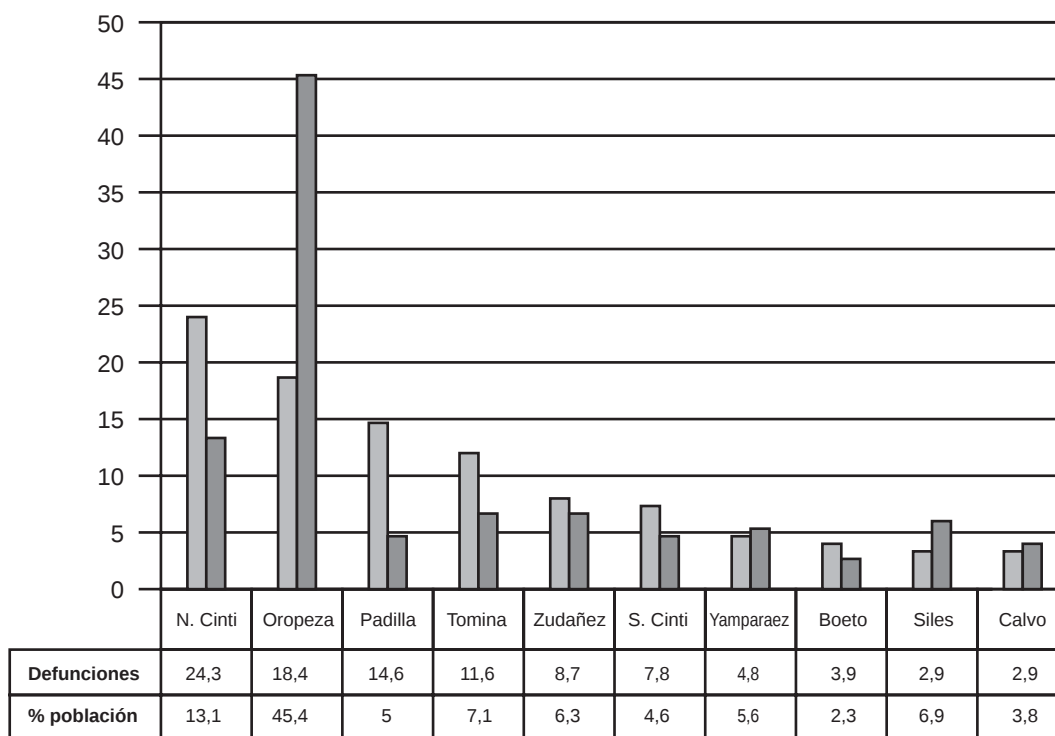
principales, y a Oropeza por la cantidad de defunciones maternas que concentra.

En las provincias Nor Cinti y Juana Azurduy de Padilla, en el trienio indicado ocurrieron 40 de las 103 defunciones notificadas, que representan el 38,9% de los decesos maternos. Allí se concentra solamente el 18,1% de la población. Figura # 4.

De los 28 municipios que tiene el departamento, en 7 (Poroma, Tarvita, Icla, Tarabuco, Camargo, Incahuasi y Culpina) han ocurrido el 71,9% de las muertes maternas notificadas en 2003. Nótese que en este grupo no está San Lucas.

En el periodo de estudio, 12 municipios han reportado muertes maternas de manera irregular (Yotala, Mojocoya, Icla, Padilla, Sopachuy, Villa Alcalá, El Villar, Huacareta, Camataqui, Huacaya, Villa Vaca Guzmán y Machareti). Esto puede ser porque no hay decesos, debido a que así es el comportamiento de la mortalidad materna en pequeños territorios, o porque la vigilancia epidemiológica no está detectando todas las muertes.

FIGURA # 4
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE DEFUNCIONES MATERNAS
Y POBLACIÓN SEGÚN PROVINCIA. CHUQUISACA, 2001 A 2003



FUENTE: Elaborada a base de VEMM

Yamparaez no ha reportado muertes maternas en todo el periodo de estudio, en cambio Tarabuco, municipio vecino, perteneciente a la misma provincia y con el doble de población, notificó ocho. Lo mismo ha ocurrido con Las Carreras, municipio de la provincia Sud Cinti, sin muertes maternas reportadas.

En dos municipios, Tarvita y Tarabuco, es probable que la mortalidad materna se hubiera incrementado, en tanto que en San Lucas el descenso es evidente.

DISCUSIÓN

La información secundaria analizada permite afirmar que en Chuquisaca ha ocurrido una disminución de la razón de mortalidad materna en el periodo de estudio, aunque leve y de ritmo menor al que corresponde a la cifra promedio nacional.

Es posible adjudicar la reducción más al municipio de San Lucas que al departamento en su conjunto, ya que en aquel existe una experiencia exitosa de

vigilancia epidemiológica comunitaria de la mortalidad materna que habría impactado en la cifra promedio departamental.⁵

Si la reducción no ha sido mayor ni existe aporte de los restantes 27 municipios, es porque en Chuquisaca, uno de los departamentos más pobre del país, persisten la pobreza y la desigualdad, realidad que no ha mejorado en los últimos diez años.⁹

Dos de cada cinco muertes maternas ocurren en ocho municipios: Poroma, Tarvita, Presto, Icla, El Villar, San Lucas, Incahuasi y Huacaya, que son los más pobres pero al mismo tiempo los menos desiguales. En este conjunto de municipios la razón de mortalidad materna es dos veces más alta que en los grupos 2 y 3 de pobreza y el triple en comparación con el grupo uno.

Los municipios más críticos son: Poroma, Tarvita, Icla, Tarabuco, Camargo, Incahuasi y Culpina, porque aportan casi con un tercio de los decesos maternos.

De las provincias, consideradas como territorios macro al interior del departamento, las más críticas son: Nor Cinti, Juana Azurduy de Padilla y Tomina. Es conveniente añadir a Oropeza, por el número de muertes maternas que aporta.

A pesar de estos focos, la mortalidad materna está relativamente dispersa en el departamento. Asimismo, la razón departamental parece ser menor que la esperada, en comparación con otros departamentos, por motivos que no es fácil identificar. Tal vez el comportamiento de los servicios tenga algo

que ver, así como la propia gente. Sin embargo no sería incorrecto, sino más bien de buen juicio, pensar en la posibilidad de que exista subregistro.

Finalmente, podría tratarse de un proceso más global que local, como resultado de las variaciones anuales del número de casos en el conjunto del departamento. Por esto, el proceso de vigilancia epidemiológica debe proseguir pero con más seriedad y rigor, a fin de corroborar en los próximos años esta primera observación.

REFERENCIAS

1. Ministerio de Salud y Deportes, Instituto Nacional de Estadística. Mortalidad Materna en Bolivia 2000. Informe de consultaría sobre los resultados de la Encuesta Post Censal de Mortalidad Materna. La Paz. 2003
2. Ministerio de Salud y Deportes, Fondo de Población de las Naciones Unidas. Evaluación de la disponibilidad, uso, accesibilidad y calidad de los cuidados obstétricos de emergencia en los servicios de salud cabeceras de red. La Paz. 2004.
3. Instituto Nacional de Estadística, Institute for Resource Development, Macro Systems, Inc. Bolivia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 1994. INE. La Paz. octubre 1994.
4. Instituto Nacional de Estadística, Institute for Resource development, Macro Systems, Inc. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2003. INE. La Paz. 2005.
5. Organización Panamericana de la Salud. Estudio de caso. Bolivia: Vigilancia Epidemiológica Comunitaria de la Mortalidad Materna en el municipio de San Lucas. La Paz. Abril 2004.
6. Ministerio de Salud y Deportes, Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud. Vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna, 3ª ed. La Paz: Imagen y Creaciones; noviembre 2003. (Norma Boliviana de Salud NB-PSPS-01-03).
7. <http://www.sns.gov.bo/bolsns/apcesnum.asp> Atención del parto, cesáreas, muertes, bajo peso. Acceso el 18/02/2004.
8. <http://www.ine.gov.bo/cgi-bin/piwdiel.exe/TIPO> Tasa global de fecundidad por años según departamento 1995-2000. Tasa anual de crecimiento inter censal 1992-2001. tasa bruta de natalidad por años según departamento 1995-2000. Acceso el 21/09/2004.
9. Instituto Nacional de Estadística. Bolivia: Mapa de Pobreza 2001. Necesidades Básicas Insatisfechas. INE; 2002 (Serie I: Resultados Nacionales, Volumen 2). La Paz. 2002
10. Desigualdad, equidad y municipios. Nueva Economía. La Paz, 9 al 15 de mayo de 2004:17-20.