

***ENCUESTA POSTCENSAL DE
MORTALIDAD MATERNA.
RESULTADOS FINALES PARA
EL AÑO 2000***

ÍNDICE DE CONTENIDO

PRIMERA PARTE

ENCUESTA POSTCENSAL DE MORTALIDAD MATERNA. RESULTADOS FINALES PARA EL AÑO 2000

INTRODUCCIÓN

I. ANTECEDENTES

II. INDICADORES DE MAGNITUD DE LA MORTALIDAD MATERNA

- 2.1. Mortalidad Materna en cifras mundiales
- 2.2. Mortalidad Materna en cifras: América Latina y el Caribe
- 2.3. Mortalidad Materna en cifras: BOLIVIA
 - 2.3.1. SITUACIÓN DE LOS INDICADORES
 - 2.3.1.1. Razón de Mortalidad Materna
 - 2.3.1.2. Tasa de Mortalidad Materna
 - 2.3.1.3. Riesgo Reproductivo

III. ESTRUCTURA DE LA MORTALIDAD MATERNA EN BOLIVIA

- 3.1. Características Generales
 - 3.1.1. CARACTERÍSTICAS DE LAS VIVIENDAS
 - ❖ Tenencia de la Vivienda
 - ❖ Disponibilidad de Servicios Básicos
 - 3.1.2. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DE LAS FALLECIDAS
 - ❖ Edad
 - ❖ Estado Civil
 - ❖ Años de Escolaridad
 - ❖ Paridad
 - 3.1.3. CARACTERÍSTICAS SOCIALES
 - ❖ Convivencia Familiar
- 3.2. Accesibilidad a los Servicios de Salud
 - 3.2.1. ACCESO AL CUIDADO PRENATAL
 - 3.2.2. ATENCIÓN DEL PARTO
 - 3.2.3. LUGAR DE LA MUERTE MATERNA
 - 3.2.4. MOMENTO Y TIPO DE MUERTE MATERNA

IV. CAUSAS BIOLÓGICAS DE MUERTE MATERNA EN BOLIVIA

SEGUNDA PARTE

METODOLOGÍA DE LA ENCUESTA POSTCENSAL DE MORTALIDAD MATERNA

INTRODUCCIÓN

I. OBJETIVOS

- 1.1. Objetivo Principal
- 1.2. Objetivos Específicos
- 1.3. Objetivos Complementarios

II. DISEÑO DE LA MUESTRA

- 2.1. Universo del Estudio
- 2.2. Unidad de Observación y de Muestreo
- 2.3. Niveles de Desagregación de los Resultados
- 2.4. Marco Muestral
- 2.5. Tamaño y Distribución de la Muestra
- 2.6. Factores de Expansión
- 2.7. Errores de muestreo

III. INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

- 3.1. Cuestionario de Hogares
- 3.2. Cuestionario de Atención No Formal

IV. ETAPAS DEL OPERATIVO DE CAMPO

- 4.1. Proceso de Capacitación
 - 4.1.1. ORGANIZACIÓN DEL PERSONAL CAPACITADO
 - 4.1.2. REQUERIMIENTO DE PERSONAL EVENTUAL DE TRABAJO DE CAMPO
 - 4.1.3. ESTRUCTURA DEL PERSONAL DE CAMPO
- 4.2. Operativo de Campo
 - 4.2.1. METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN
 - 4.2.2. ÁMBITOS DE INVESTIGACIÓN
 - 4.2.3. INCIDENCIAS DE CAMPO

V. TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

- 5.1. Codificación
 - 5.1.1. ETAPAS DEL PROCESO DE CODIFICACIÓN
 - 5.1.2. DISEÑO DE LOS INSTRUMENTOS DE CODIFICACIÓN
- 5.2. Análisis de Consistencia

VI. PROCESAMIENTO DE DATOS

- 6.1. Transcripción de los Cuestionarios
 - 6.1.1. DESCRIPCIÓN DEL SISTEMA DE INTRODUCCIÓN DE DATOS
 - 6.1.2. VOLUMEN DE LA INFORMACIÓN
 - 6.1.3. DISEÑO DEL SISTEMA

*VII BIBLIOGRAFÍA**VIII ANEXOS*

ANEXOS PRIMERA PARTE:

TABULADOS

ANEXOS SEGUNDA PARTE:

ANEXO A: Anexo 1A. MARCO CONCEPTUAL

ANEXO B: Anexo 1B. MUESTRA PLANIFICADA

Anexo 2B. MUESTRA EFECTIVA

Anexo 3B. MUESTRA EXPANDIDA

ANEXO C: Anexo 1C. INSTRUMENTOS DE CODIFICACIÓN

Anexo 2C. ANÁLISIS DE CONSISTENCIA

ANEXO D: Anexo 1D. DICCIONARIO DEL SISTEMA DE
TRANSCRIPCIÓN

ANEXO E: Anexo 1E. CUESTIONARIOS

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro N° 1	EPMM 2000: Características de los Indicadores de Mortalidad Materna.
Cuadro N° 2	EPMM 2000: Número de Muertes Maternas y Nacidos Vivos por departamento
Cuadro N° 3	CENSO 2001: Población de mujeres por área según departamento
Cuadro N° 4	EPMM 2000: Indicadores de Mortalidad Materna por niveles de desagregación
Cuadro N° 5	EPMM 2000: Edades Mediana y Promedio de Muerte Materna por departamento
Cuadro N° 6	EPMM 2000: Muertes Maternas por departamento, área y región según años de escolaridad
Cuadro N° 7	EPMM 2000: Muertes Maternas por departamento, área y región según grupos de paridad
Cuadro N° 8	EPMM 2000: Muertes Maternas por departamento, área y región según la relación con su pareja
Cuadro N° 9	EPMM 2000: Muertes Maternas por departamento, área y región según si realizó o no controles prenatales en algún establecimiento de salud
Cuadro N° 10	EPMM 2000: Muerte Materna por departamento, área y región según donde tuvo lugar el parto
Cuadro N° 11	EPMM 2000: Muertes Maternas por lugar de Parto según lugar de fallecimiento
Cuadro N° 12	EPMM 2000: Muertes Maternas por momento de su fallecimiento según departamento
Cuadro N° 13	EPMM 2000: Muertes Maternas por departamento, área y región según tipo de muerte
Cuadro N° 14	EPMM 2000: Grupo de Causa de Muerte Materna por lugar de ocurrencia de la muerte materna

Cuadro N° 15 EPMM 2000: Muerte Materna según grupo de causa de muerte por grupos de edad

Cuadro N° 16 EPMM 2000: Causa Biológica de Muerte Materna por departamento, área y región

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico N° 1	Causas de Muertes Maternas a Nivel Mundial
Gráfico N° 2	América Latina y El Caribe: Razón de Mortalidad Materna
Gráfico N° 3	EPMM 2000: Porcentaje de Muertes Maternas por departamento
Gráfico N° 4	EPMM 2000: Razón de Mortalidad Materna Promedio Nacional y por departamento
Gráfico N° 5	EPMM 2000: Razón de Mortalidad Materna por región
Gráfico N° 6	EPMM 2000: Razón de Mortalidad Materna en Servicios de Salud y Domicilio
Gráfico N° 7	EPMM 2000: Razón de Mortalidad Materna con y sin Causas Tardías y Relacionadas por departamento
Gráfico N° 8	EPMM 2000: Tasa de Mortalidad Materna Promedio Nacional y por departamento
Gráfico N° 9	EPMM 2000: Tasa de Mortalidad Materna por área
Gráfico N° 10	EPMM 2000: Riesgo Reproductivo promedio Nacional y por departamento
Gráfico N° 11	EPMM 2000: Porcentaje de Muertes Maternas por grupos quinquenales de edad
Gráfico N° 12	EPMM 2000: Porcentaje de Muertes Maternas en área Urbana por rangos de edad
Gráfico N° 13	EPMM 2000: Tasa de Mortalidad Materna por grupos de edad
Gráfico N° 14	EPMM 2000: Porcentaje de Muertes Maternas por estado civil, según región
Gráfico N° 15	EPMM 2000: Estado Civil de la Fallecida
Gráfico N° 16	EPMM 2000: Porcentaje de Muertes Maternas según años de escolaridad
Gráfico N° 17	EPMM 2000: Porcentaje de Muertes Maternas de mujeres con mas de 6 hijos por área

Gráfico N° 18	EPMM 2000: Estado Emocional de la Fallecida
Gráfico N° 19	EPMM 2000: Acceso al Control Prenatal
Gráfico N° 20	EPMM 2000: Porcentaje de Muertes Maternas según acceso al Control Prenatal por región
Gráfico N° 21	EPMM 2000: Lugar de Atención del Parto
Gráfico N° 22	EPMM 2000: Porcentaje del Lugar donde ocurrió la Muerte Materna
Gráfico N° 23	EPMM 2000: Porcentaje de quién Atendió a la Fallecida
Gráfico N° 24	EPMM 2000: Porcentaje de Muertes Maternas por Momento del Fallecimiento
Gráfico N° 25	EPMM 2000: Porcentaje de Muertes Maternas según Momento del Fallecimiento por área
Gráfico N° 26	EPMM 2000: Porcentaje de Muertes Maternas por tipo de Muerte
Gráfico N° 27	EPMM 2000: Porcentaje de Muertes Obstétricas Directas por área
Gráfico N° 28	EPMM 2000: Distribución de Muertes Maternas por grupos de causa de Muerte
Gráfico N° 29	EPMM 2000: Distribución de Muertes Maternas por causa biológica según lugar del Fallecimiento
Gráfico N° 30	EPMM 2000: Condición del Recién Nacido en 623 Casos de Muertes Maternas

PRIMERA PARTE

ENCUESTA POSTCENSAL DE MORTALIDAD MATERNA. RESULTADOS FINALES PARA EL AÑO 2000

INTRODUCCIÓN

Un hecho doloroso continúa amenazando el futuro de los hogares bolivianos, cuyos miembros, cuando ocurre una muerte materna, no alcanzan a comprender cómo en el origen mismo de la vida es posible encontrar la muerte.

La muerte materna es un evento de gran impacto social, por cuanto afecta a una mujer joven, a su grupo familiar, en especial a sus hijos (si los hay); a esto se agrega el hecho de constituirse en un indicador de inequidad global, al comparar las enormes diferencias entre las cifras que presentan los países en desarrollo (99% del total), comparadas con las bajas cifras de los países desarrollados; al interior de cada país, el promedio nacional puede esconder amplias diferencias entre departamentos, áreas geográficas y regiones.

Una muerte materna no es consecuencia de una enfermedad terminal sino de una urgencia médica. Con el respaldo de la Encuesta Postcensal de Mortalidad Materna (EPMM), se puede afirmar, que a muchas de esas muertes maternas, a la agonía biológica que resulta de la emergencia médica, le antecede la “humana y emocional”, que puede prolongarse días, semanas o meses, en especial cuando el hogar es inestable, cuando el factor económico agobia por que hay hijos, cuando hay violencia en el hogar; cuando el nuevo embarazo viene acompañado de dudas e incertidumbres.

Cuando el INE publicó de la ENDSA-94 los resultados de la mortalidad materna, a la expectativa por los datos le siguió una serie de acciones para favorecer la Maternidad Segura en Bolivia. No cabe duda que la estrategia mejor reconocida y documentada ha sido el Seguro de Maternidad y Niñez y sus sucesores, por lo menos en el incremento de las coberturas de atención. Hoy, a ocho años de esos resultados y a seis de la estrategia, hay suficientes motivos para continuar mostrando preocupación por el problema.

Este documento está estructurado en dos partes, la primera contiene información sobre dos aspectos básicos de la mortalidad materna del país. Por un lado, está los indicadores que señalan el nivel y magnitud de la problemática: Razón de Mortalidad Materna, Tasa de Mortalidad Materna y Riesgo Reproductivo y, por el otro, la estructura de las muertes maternas durante el embarazo, el parto y el puerperio, es decir las características, algunas variables relacionadas con la utilización de los servicios de salud y, por supuesto, las causas biológicas de muerte materna.

En la segunda parte del documento, se describe todo el proceso de la Encuesta. La información de base, es decir los casos de muerte materna, fue obtenida durante el Censo Nacional de Población y Vivienda de 2001, y corresponde a muertes maternas acaecidas el año 2000. Con posterioridad, entre julio y agosto de 2002, fue realizada la Encuesta Postcensal de Mortalidad Materna (EPMM), tanto para ratificar si los casos de muertes

maternas reportados en el Censo eran tales; como para descubrir, en una muestra de muertes por otras causas de mujeres de 15 a más edad y de los casos de edad 99, si entre ellas había muertes maternas encubiertas.

La aplicación de este nuevo método de medición de la mortalidad materna es resultado del trabajo conjunto entre el Instituto Nacional de Estadística (INE), Ministerio de Salud y Previsión Social, el Proyecto de Reforma de la Salud, el UNFPA, el Proyecto Salud Materna y Neonatal de JHPIEGO-USAID y de otras instituciones y agencias de cooperación.

I. ANTECEDENTES

En Bolivia, hubo esfuerzos de diferente magnitud y características para lograr construir el indicador de mortalidad materna, pero las investigaciones con base poblacional son pocas; entre ellas, la realizada por UNICEF y Servicios de Investigación y Acción en Población (SIAP) en una provincia orureña (1987); las dos primeras Encuestas de Demografía y Salud (1989 y 1994), y la realizada por la Unidad Nacional de Atención a las Personas (UNAP) y el UNICEF en El Alto (1992). También, Médicos Consultores realizó un estudio en la ciudad de La Paz, a partir de la revisión de diferentes fuentes y entrevista domiciliar para minimizar el subregistro (1994), y el último, no publicado, realizado por el SIAP en las ciudades de Oruro, Potosí y Sucre, con información procedente de los cementerios (1995). Algunos de estos estudios han abordado tanto la magnitud como la estructura de la mortalidad materna.

Pero, la investigación más destacada y que ha influido en el pensamiento y la acción nacional ha sido, la Encuesta Nacional de Demografía y Salud de 1994¹, que por la magnitud de la muestra permitió generar ocho tasas de mortalidad materna².

A comienzos de octubre de 2000 fue celebrada una reunión internacional en la ciudad de Lima, a la que concurren representantes de los institutos de estadística o de censos de población, y de los ministerios de salud de Bolivia, Colombia, El Salvador, Guatemala, Honduras y Perú, además de representantes de la Universidad Johns Hopkins, de la Corporación JHPIEGO, de USAID y de Measure Evaluation, esta última como agencia promotora del nuevo método.

Los representantes bolivianos regresaron de Lima con un acuerdo de trabajo interinstitucional, que fue dado a conocer a las autoridades del Ministerio de Salud y Previsión Social y del Instituto Nacional de Estadística, para lograr su aceptación y decisión favorable.

El acuerdo interinstitucional de trabajo implicó dos decisiones fundamentales: la primera, relativa a la incorporación en la boleta del Censo 2001, de cuatro preguntas clave que permitieran identificar muertes maternas en el conjunto de defunciones femeninas por todas las causas³. La otra decisión tuvo que ver con la necesidad de realizar una Encuesta Post Censal de Mortalidad Materna que permitiera cuantificar y cualificar la información. Este componente no es parte del método y en realidad constituye una innovación realizada por el país, y de cuya planificación y ejecución se habla en la metodología.

¹ Como resultado de diferentes metodologías, los indicadores de la EPMM *no son comparables con las cifras reportadas por la ENDSA-94.*

² Nacional (390), urbana (274), rural (524), altiplano (602), valles (293), llanos (110), altiplano urbano (397), altiplano rural (887).

³ Durante el año 2000, ¿murió alguna persona que vivía con ustedes?. Esta persona, ¿era mujer de 15 ó más años de edad?. ¿Su fallecimiento se produjo: estando embarazada; dando a luz; hasta los dos meses después de haber dado a luz; otros?. ¿Qué edad tenía cuando falleció?.

Así, el Censo Nacional de Población y Vivienda fue realizado el 5 de septiembre de 2001, y la Encuesta Post Censal de Mortalidad Materna (EPMM), entre julio y agosto de 2002. Esta última dio lugar a varias reuniones de trabajo y a una intensa labor de colaboración entre el INE, Ministerio de Salud y Previsión Social, el UNFPA y otras instituciones y agencias de cooperación, en la planificación, relevamiento, proceso y análisis de la información.

II. INDICADORES DE MAGNITUD DE LA MORTALIDAD MATERNA

La mortalidad materna constituye una problemática colectiva por sus implicaciones personales, familiares y sociales. Desde el punto de vista estadístico, ocurre con mucha menor frecuencia que la mortalidad infantil, y por tanto no afecta a la población en su estructura ni magnitud. De ahí que la constante o base para la estandarización de los indicadores y que permite la comparación nacional e internacional sea 100,000 y no 1,000 como ocurre con las muertes de menores a 1 año.

El indicador más conocido es la Razón de Mortalidad Materna, que en realidad es el número de muertes maternas por 100,000 nacidos vivos. Una muerte materna ocurre cuando fallece una mujer embarazada o que haya estado embarazada en los últimos 2 o 12 meses. Normalmente no se incluyen las “muertes accidentales o incidentales” (como los accidentes de tránsito) o muertes por otras condiciones como la mayoría de los cánceres que no están afectados por el embarazo; pero existe una tendencia creciente de incluirlas a todas las mencionadas para una medición de la mortalidad materna⁴.

Pero, además de este indicador, hay tres más que muestran otras aristas del problema y que facilitan su comprensión en magnitud y significación: la tasa de mortalidad materna, el riesgo de morir por una causa materna durante la vida fértil y la proporción de las muertes maternas (Cuadro N° 1). Este informe analiza la situación en magnitud de la mortalidad materna a partir de estos indicadores (excepto la proporción de muertes maternas).

El departamento que para el año 2000 figura con “cero” muertes maternas, no quiere decir que esta situación necesariamente se haya repetido en los años 2001 y 2002. Esta es una de las razones por la que no es aconsejable una mayor desagregación de los datos de la EPMM (provincia y municipio). Tal el caso de Pando, departamento en el que no se registró muertes maternas el 2000, pero sí en los dos años siguientes, con por lo menos un caso en cada uno⁵.

La mortalidad materna, por ser un evento vital relativamente raro, puede, por tanto, pasar desapercibida en ciertas circunstancias. A la poca frecuencia del evento, se agrega el hecho de que está vinculado al embarazo y que por tanto hace falta, para identificarla, establecer la causa. La experiencia internacional indica que ni siquiera la revisión de los certificados de defunción garantiza la identificación de todos los casos.

⁴ Indicadores de salud Materna y Perinatal. PCP.

⁵ Hospital Roberto Galindo. Cobija - Pando

Cuadro N° 1

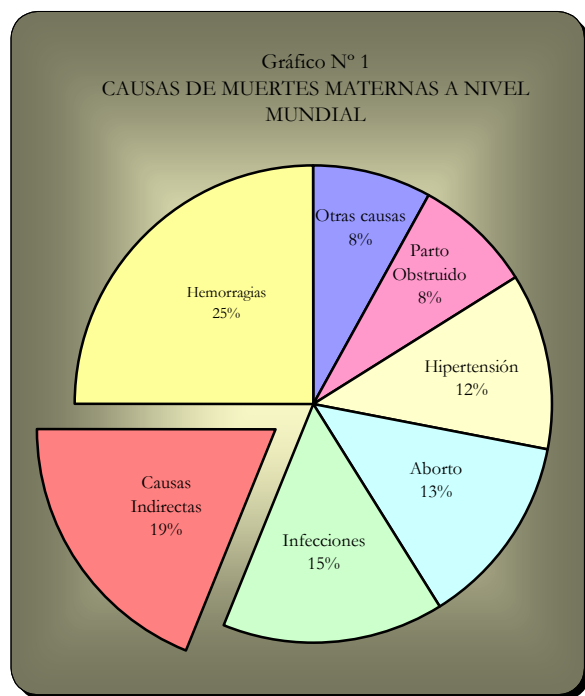
**EPMM 2000: CARACTERÍSTICAS DE LOS INDICADORES DE MORTALIDAD
MATERNA**

INDICADOR	FÓRMULA	INTERPRETACIÓN	OBSERVACIONES
Razón de mortalidad materna	$\frac{\text{N}^\circ \text{ Muertes maternas}}{\text{N}^\circ \text{ Nacidos vivos}} \times 100,000$	Es el riesgo de morir por causa obstétrica directa o indirecta, durante cada embarazo en particular (es decir el riesgo obstétrico).	<p>Mide el riesgo de morir por causa obstétrica directa o indirecta, entre mujeres embarazadas, parturientas y puérperas.</p> <p>Refleja la condición de salud de la mujer, su acceso al cuidado sanitario y la calidad de éste.</p> <p>Hay que especificar si en el numerador están incluidas las muertes maternas tardías y las relacionadas.</p>
Tasa de mortalidad materna	$\frac{\text{N}^\circ \text{ Muertes maternas}}{\text{N}^\circ \text{ Mujeres edad fértil}} \times 100,000$	<p>Mide tanto el riesgo obstétrico como la proporción de mujeres que se embarazan en un año dado.</p> <p>Por tanto, mide el impacto de la mortalidad materna en la población de MEF como un todo.</p>	<p>Es una tasa verdadera porque el numerador está incluido en el denominador.</p> <p>Hay que especificar si en el numerador están incluidas las muertes maternas tardías y las relacionadas, y también si lo están las de mujeres menores a 15 años y mayores a 49 años.</p>
Riesgo de morir por causa materna durante la edad reproductiva	$\frac{\text{N}^\circ \text{ Muertes maternas}}{\text{N}^\circ \text{ Mujeres edad fértil}} \times 35$	Es la probabilidad de morir por una causa obstétrica directa o indirecta, durante la edad reproductiva (entre los 15 y 49 años)	Hay que especificar si en el numerador están incluidas las muertes maternas tardías y las relacionadas.
Mortalidad materna Proporcional	$\frac{\text{Número de muertes maternas}}{\text{Número muertes de MEF por todas las causas}} \times 100$	Es el porcentaje de muertes de mujeres en edad fértil que fallecen por una causa obstétrica directa o indirecta.	Hay que especificar si en el numerador están incluidas las muertes maternas tardías y las relacionadas.

Los valores obtenidos para estos indicadores de la encuesta postcensal de mortalidad materna, corresponden al año 2000. Estos valores constituyen puntos de partida. Sin embargo, debido a que las muertes maternas no son muy frecuentes, en especial si se compara su número con el de las muertes de niños menores a un año, es lógico suponer que variaciones relativamente pequeñas en las cifras absolutas pueden tener un impacto notable en el valor del indicador. Este efecto es tanto mayor a medida que se reduce el espacio territorial al que corresponde el indicador.

2.1. Mortalidad Materna en cifras mundiales

Según la 26ava Conferencia Sanitaria Panamericana realizada por la OPS/OMS, se afirma que, en forma global, se han mejorado las condiciones de salud de la población en general, no obstante en los países en desarrollo la mortalidad materna permanece desproporcionadamente alta.



Fuente: Estimates of Maternal Mortality, 1998

Causas obstétricas directas como la hipertensión inducida por el embarazo, hemorragia durante el embarazo o el parto, las secuelas de un aborto y complicaciones después del parto, aunque no necesariamente son predecibles todas pueden ser prevenibles y evitables.

Causas indirectas como los accidentes, la violencia y otras cobran cada día más víctimas, entre ellas mujeres gestantes.

Según la misma fuente, a diario mueren 1,600 mujeres por complicaciones del embarazo, parto y puerperio. De estas 585,000 mujeres, como mínimo, mueren anualmente y más de 50 millones sufren de complicaciones asociadas con el embarazo⁶.

A nivel mundial la mortalidad materna tiene una razón de 430 muertes por cada 100,000 nacidos vivos. En los países en desarrollo esta razón es de 480 muertes maternas por cada 100,000 nacidos vivos, mientras que en los países desarrollados hay 27 muertes por cada 100,000 nacidos vivos⁷.

2.2. Mortalidad Materna en cifras: AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

La mortalidad Materna debida a complicaciones en el embarazo, el parto y puerperio, es innecesariamente alta y aún constituye una tragedia en varios países de América Latina y el Caribe.

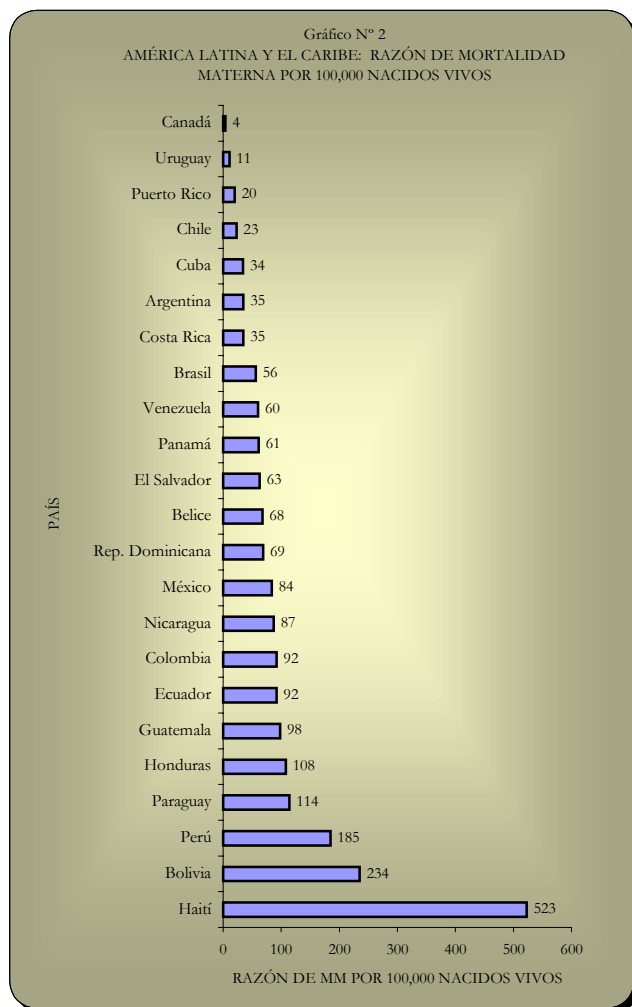
El embarazo y el parto no son enfermedades, pero las mujeres en estas regiones todavía mueren de las mismas causas que las mujeres de los países industrializados a principios del siglo XX. Según datos de la OPS/OMS 3'240,000 gestantes de la región no tienen control del embarazo; 3'440,000 no reciben atención del parto en una institución de salud; 2'980,000 no tienen acceso

⁶ 26ava Conferencia Sanitaria Panamericana. OPS/OMS. Septiembre 2002

⁷ IDEM 6

a atención del parto por personal calificado, lo que da como resultado que 25,000 gestantes mueren anualmente⁸.

La razón de mortalidad materna para la región de América Latina y el Caribe (ALC) es de 190 por 100,000 nacidos vivos. Esta razón explica el riesgo de morir que una mujer tiene cada vez que ella se embaraza.



Fuente: Situación de Salud de las Américas –Indicadores Básicos 2002. OPS/OMS

Las Américas presentan algunas de las mayores inequidades en mortalidad materna del mundo.

Por ejemplo, según la misma fuente, en Canadá hay sólo 4 muertes maternas por 100,000 nacidos vivos, frente a 523 en Haití.

Aún dentro de América Latina existen grandes disparidades; Chile presenta una razón de mortalidad materna de 23 por 100,000 nacidos vivos frente a 234 en Bolivia.

Los datos indican que las razones son inferiores a 100 muertes maternas por 100,000 nacidos vivos en más de 10 países miembros como Brasil, Argentina, México, Cuba y otros.

Dentro de este mismo análisis, efectuado por la OPS/OMS, en todos los Estados miembros (incluido Canadá y EEUU) predominan las causas obstétricas directas, que superan 70%, siendo las más comunes la hemorragia, la septicemia y la toxemia (hipertensión inducida), seguidas por las complicaciones del puerperio. Los datos disponibles indican que las complicaciones del aborto son un importante factor contribuyente de la mortalidad materna.

⁸ Situación de las Américas – Indicadores Básicos 2002. OPS/OMS

Existe una fuerte asociación entre la mortalidad materna y la atención institucional del parto. En algunos países de la región, como Guatemala y Honduras, más de 50% de los partos son atendidos en casa, por personal no calificado y 1/3 de las gestantes mueren en casa sin recibir atención alguna en una institución de salud.

2.3. Mortalidad Materna en cifras: BOLIVIA 2000

Como resultado de la Encuesta Postcensal de Mortalidad Materna (EPMM), las muertes maternas no han sido catalogadas por el lugar de residencia, sino por la ocurrencia de la muerte, es decir, tomando en cuenta el departamento donde se produjo el deceso. Esta decisión responde a una perspectiva sanitaria, porque se entiende que es en el territorio donde ocurre la emergencia médica que la mujer debe recibir la ayuda que necesita. Es en ese mismo contexto y no en otro, donde se espera una reacción familiar y de la comunidad como respuesta social en favor de la salud de cada embarazada.

En todo caso, en menos de 2%, los(as) informantes reportaron muertes maternas de familiares ocurridas en otras localidades (anexos 2 y 3). Asimismo, muy pocas muertes maternas fueron notificadas simultáneamente en el lugar donde ocurrieron y también en una localidad ajena.

Como resultado de la asignación por ocurrencia y de la eliminación de aquellos casos inicialmente notificados en el Censo 2001 como muertes maternas, pero que no lo eran (falsos positivos), se detectó 623 muertes maternas, de las que 410⁹ son ratificadas como maternas (falsos positivos), y respecto a los falsos negativos, se tiene 58 casos de muertes materna identificadas como tales en una muestra de hogares donde, según el último censo, ocurrieron muertes de mujeres en edad fértil por otras causas (24 casos) y muertes maternas que no informaron la edad de la fallecida, edad 99 (34 casos) (anexo 1).

Para obtener el número total de 623 muertes maternas, los 58 casos adicionales (falsos negativos) sirvieron de base para realizar la expansión al resto de hogares en los que durante el censo se notificó muertes de mujeres en edad reproductiva pero por causas no maternas y edad 99. El número total expandido de muertes maternas es 213, que sumados a los 410 originales, dan como número final 623 muertes maternas ocurridas el año 2000 en todo el territorio nacional.

Adicionalmente a los resultados obtenidos por la EPMM, se solicitó información de vigilancia epidemiológica a nivel nacional, la cual reportó en Chuquisaca 4 muertes maternas, mas las

⁹ Estos casos corresponden a lo que en la metodología se denomina “barrido”, porque resultan de la aplicación del Cuestionario de la EPMM en los 1504 hogares en los que se declaró una muerte materna durante el Censo 2001. De acuerdo con estos datos, se establece que la sensibilidad del Censo 2001 fue de 27% y la especificidad de 90%. La sensibilidad es la capacidad del Censo 2001 para detectar muertes maternas (verdaderos positivos = 410 de 1504 casos declarados), en tanto que la especificidad es la capacidad de detectar las defunciones que no son maternas (verdaderos negativos = 1856 de 2069) (Anexo 3b).

detectadas por la EPMM; por el contrario, en Santa Cruz, se destacó un subregistro en la vigilancia epidemiológica ya que sólo reportaron 40 muertes maternas en contra de las 114 resultado de la EPMM, y a la fecha no se dispone de información de vigilancia del resto del país.

Cuadro N° 2
EPMM 2000: NÚMERO DE MUERTES MATERNAS Y NACIDOS VIVOS
POR DEPARTAMENTO

DEPARTAMENTO	MUERTES MATERNAS		Nro. NACIDOS VIVOS- CENSO 2001
	EPMM	POR CAUSAS DIRECTAS E INDIRECTAS-EPMM	
La Paz	238	182	68,901
Santa Cruz	120	75	69,862
Potosí	89	75	23,691
Cochabamba	71	56	47,675
Beni	34	27	13,141
Chuquisaca	29	24	17,925
Oruro	26	21	11,093
Tarija	16	14	12,031
Pando			2,167
Total	623	474	266,486

(a) Se incluye 1 muerte materna del Isiboro Séure

(b) Si se incluye las 4 muertes maternas identificadas mediante vigilancia epidemiológica a cargo del Servicio Departamental de Salud, se tiene 627 muertes maternas a nivel nacional, considerando esta fuente.

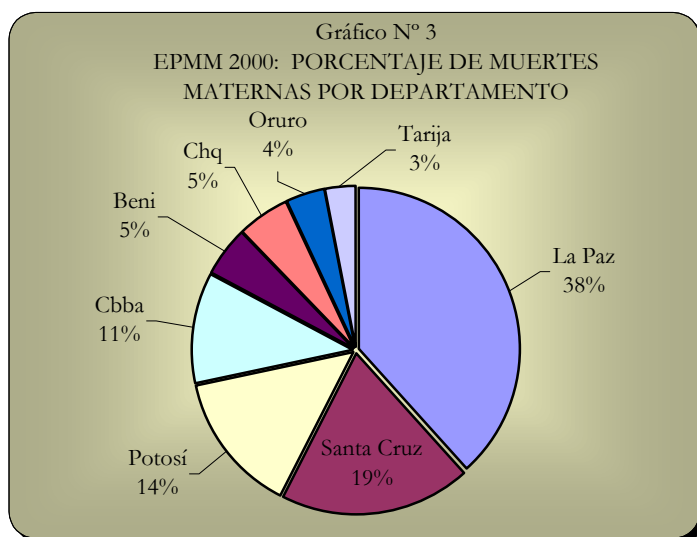
(c) Por causas obstétricas directas e indirectas

Considerando que en los departamento de La Paz, Santa Cruz y Cochabamba se concentra el 70,50% de la población total de mujeres del país y en el departamento de Potosí se presenta el mayor porcentaje (65,69%) de mujeres en el área rural a diferencia de la mayoría de los departamentos donde la población de mujeres urbana es mayor.

Cuadro N° 3
CENSO 2001. POBLACION DE MUJERES POR AREA SEGÚN
DEPARTAMENTO

DEPARTAMENTO	MUJERES			
	Urbano	Rural	Total	%
Chuquisaca	114111	156807	270918	6,5
La Paz	795846	389491	1185337	28,6
Cochabamba	444064	292494	736558	17,7
Santa Cruz	786710	217539	1004249	24,2
Oruro	121316	75505	196821	4,7
Potosí	124711	238752	363463	8,8
Tarija	127728	68193	195921	4,7
Beni	123668	49955	173623	4,2
Pando	9970	13615	23585	0,6
Total	2648124	1502351	4150475	100,0
%	63,8	36,2	100,0	

Fuente: Instituto Nacional de Estadística - Censo 2001



Fuente: Instituto Nacional de Estadística – Encuesta Post censal de Mortalidad Materna

En este contexto, las disparidades entre departamentos del eje respecto al resto del país, en materia de muertes maternas son claras, cerca de 70% de las mismas suceden en La Paz, Santa Cruz, Cochabamba y de hecho las mujeres del departamento de Potosí soportan un porcentaje elevado de muertes por causas maternas (14%).

2.3.1. SITUACIÓN DE LOS INDICADORES

Las muertes maternas establecidas por la EPMM, 623 en total, son tanto aquellas que responden a la definición típica de la OMS¹⁰, como las que tienen que ver con dos definiciones complementarias: mortalidad materna *tardía* y mortalidad materna *relacionada* con el embarazo (Anexo A). Estas dos últimas, como se verá más adelante, representaron 25% de los casos.

Cuadro N° 4
EPMM 2000. INDICADORES DE MORTALIDAD MATERNA POR NIVELES DE DESAGREGACION (1)

NIVEL DE DESAGREGACIÓN	RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA POR 100,000 NACIDOS VIVOS	TASA DE MORTALIDAD MATERNA POR CADA 100,000 MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA	RIESGO REPRODUCTIVO POR CADA 1,000 MUJERES EN EDAD FÉRTIL
Nacional (EPMM)	233,78	0,030	0,011
Nacional (EPMM+VE)	235,28	0,031	0,011
POR DEPARTAMENTO			
Chuquisaca	161,78	0,023	0,008
La Paz	345,42	0,039	0,014
Cochabamba	148,92	0,019	0,007
Oruro	234,38	0,026	0,009
Potosí	375,67	0,055	0,019
Tarija	132,99	0,016	0,006
Santa Cruz	171,77	0,024	0,008
Beni	258,73	0,043	0,015
POR AREA (1992) (2)			
Urbana		0,015	0,005
Rural		0,064	0,022
POR REGION			
Altiplano	340,45	0,040	0,014
Valles	149,42	0,020	0,007
Llanos	180,81	0,026	0,009

NOTA: (1) Para el cálculo de los denominadores se ha considerado la información del censo 2001, ajustada con la tasa de omisión censal.

(2) Para la RMM por área no se dispone de información para construir el denominador.

(3) VE: Vigilancia Epidemiológica

Fuente: Instituto Nacional de Estadística – Encuesta Postcensal de Mortalidad Materna

Si se considera en la construcción de los indicadores las cuatro muertes maternas adicionales registradas en Chuquisaca mediante la vigilancia epidemiológica, se tiene 235 muertes

¹⁰ Es decir los fallecimientos por causas obstétricas directas e indirectas que ocurren hasta los 42 días (6 semanas) de concluido el embarazo (CIE-10^a).

maternas por 100,000 nacidos vivos como la Razón de Mortalidad Materna, sin embargo no se toma en cuenta para la estructura, porque si bien están disponibles, la identificación de estas muertes maternas, sus edades, otras características y el municipio donde ocurrió no está identificado, por lo que no es posible individualizar esos cuatro casos para el análisis de las causas de muertes maternas.

2.3.1.1. Razón de Mortalidad Materna

La razón de mortalidad materna tiene que ver con lo que se podría denominar “riesgo inmediato” de morir por una complicación obstétrica. Se llama también riesgo obstétrico, y es, por tanto, la probabilidad de morir de las mujeres que, o están embarazadas, o lo estuvieron hasta hace 2 ó 12 meses. Este periodo depende de la decisión de extender o no la observación de la etapa postparto.

Para el caso de la EPMM, este riesgo está referido al año 2000, en tanto que la etapa de observación es, por una parte, hasta los 2 meses ¹¹ postparto (en vez de 42 días) y, por otra, hasta los 12 meses concluido el embarazo¹².

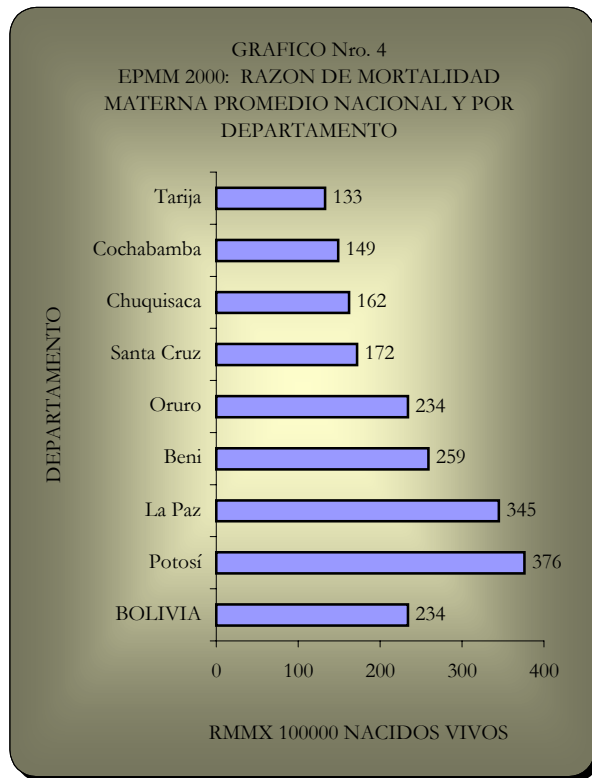
Para interpretar la razón de mortalidad materna no hay que perder de vista el número de muertes maternas (cuadro N° 2), en tanto que el gráfico N° 4, muestra que la razón promedio nacional es de 234 muertes maternas por cada 100,000 niños nacidos vivos. La cifra es muy alta, con grandes diferencias entre departamentos, que resultan nuevas en prácticamente todos los casos, porque si bien la única referencia disponible era la ENDSA-94, ésta no generó datos por departamento.

En esta cifra están incluidas todas las muertes maternas, es decir las que ocurrieron por causas obstétricas directas e indirectas (definición típica de la OMS), y las que corresponden a muertes maternas tardías y relacionadas con el embarazo (definición ampliada).

Entre Potosí y Tarija, departamentos con las razones extremas, hay una diferencia de casi 3 a 1 en desmedro del departamento de Potosí. La razón de mortalidad materna en Santa Cruz es más baja que en Beni (34% menos), pero por cada muerte materna en Beni hay 3.5 en Santa Cruz, porque en este departamento nacen muchos más niños cada año, y porque tiene más población. Esta es una de las razones para no perder de vista el número absoluto de muertes maternas cuando se analiza los indicadores.

¹¹ Porque se asume que redondeando el periodo de referencia a dos meses en vez de 42 días, se facilita el recuerdo temporal en el/la informante.

¹² La ampliación del periodo de observación hasta un año después de concluida la gestación, se debe a que los cambios fisiológicos del embarazo pueden persistir durante ese tiempo. Asimismo, la tecnología médica puede retardar la ocurrencia de la muerte. Estudios realizados en Estados Unidos demostraron que 16% de las muertes vinculadas al embarazo, parto y puerperio se producen entre los 42 días y el año de concluido el embarazo (R. RoCHAT; 1985).



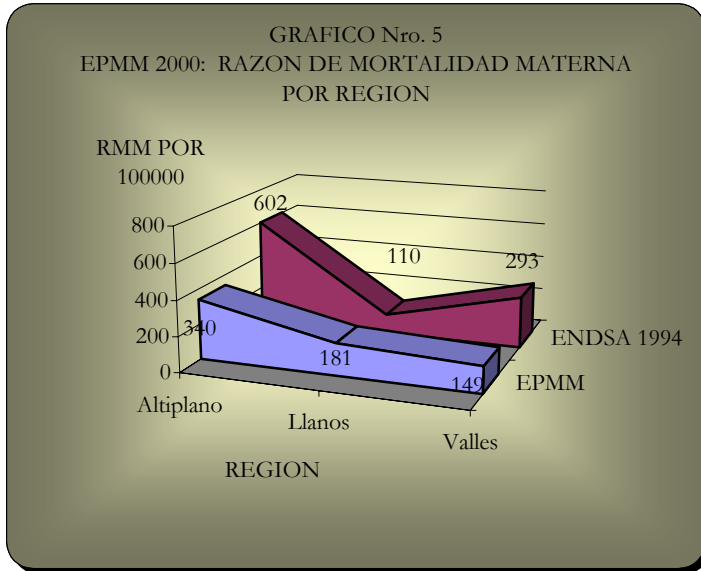
Fuente: Instituto Nacional de Estadística – Encuesta
Post censal de Mortalidad Materna

Las razones de mortalidad materna departamentales tienen tres dígitos y están por encima de 100, incluso la de Tarija. Los departamentos más críticos, por el nivel del indicador y por el número de muertes maternas son: primero Potosí, luego La Paz, Beni y después Santa Cruz.

La razón de mortalidad materna de los departamentos de Potosí, La Paz, Beni y Oruro son las más elevadas y están por muy arriba del dato nacional, en tanto que el resto de los departamentos están muy cerca.

Ningún departamento está en condiciones de desconocer su situación, cosa que podría ocurrir como consecuencia de la tendencia a compararse con otros.

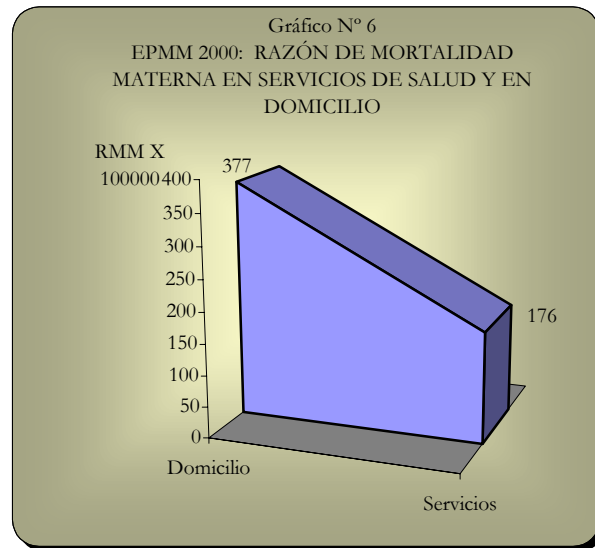
Esto sirve para recordar que cuando la mortalidad materna desciende, tal tendencia tiene que ser valorada en un periodo de por lo menos cinco años, y no de un año a otro. El problema es la imposibilidad de realizar una investigación como la EPMM cada año. Por esto, la vigilancia epidemiológica de la salud y mortalidad materna, como proceso local continuo, adquiere importancia.



Fuente: Instituto Nacional de Estadística – Encuesta de Mortalidad Materna

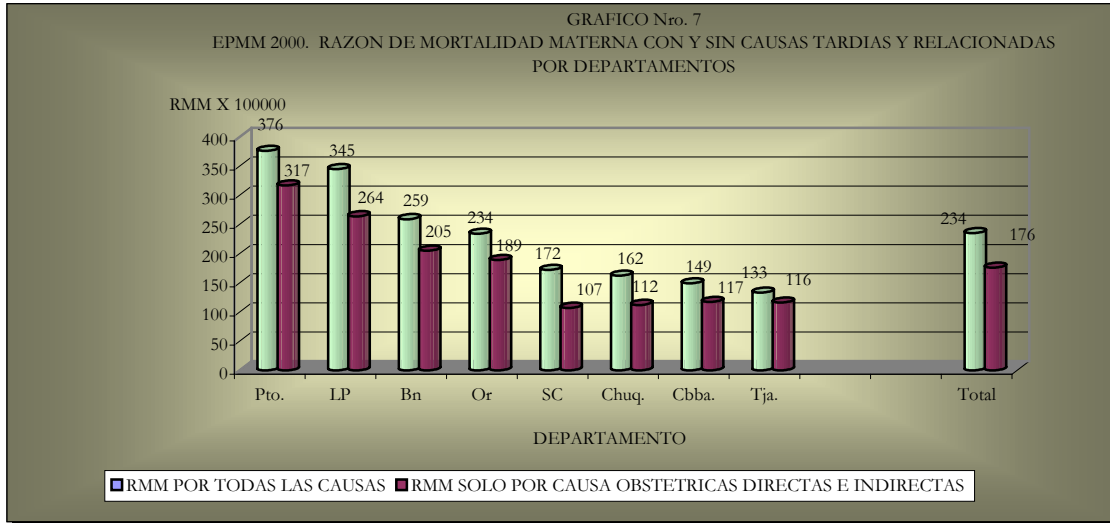
Como consecuencia de los niveles que se tiene en cada departamento la razón de mortalidad materna para el año 2000, a diferencia de la ENDSA-94, que detectó un orden decreciente del indicador por área ecológica (altiplano, valles, llanos), la EPMM ha registrado una variación en el orden: altiplano, con la razón más elevada, luego los llanos y finalmente los valles (340, 181 y 149, respectivamente, como cifras redondeadas).

Finalmente, la razón de mortalidad materna en los servicios de salud es muy alta, aunque la domiciliar lo es todavía más. Esta diferencia de 1:2,1 continúa planteando la duda, en pleno tercer milenio, de si los servicios de salud constituyen una opción o una barrera, ya que la utilización de los servicios de salud no es únicamente una interacción entre consumidores y prestadores, sino que se trata de un resultado complejo determinado por varios factores, a pesar de que existan servicios gratuitos y accesibles geográficamente.



Fuente: Instituto Nacional de Estadística - Encuesta Post censal de Mortalidad Materna

La razón de mortalidad materna merece una última consideración. Se recomienda que para comparación internacional, el indicador debe incluir solamente las muertes maternas por causas obstétricas directas e indirectas (cuadro N° 2).



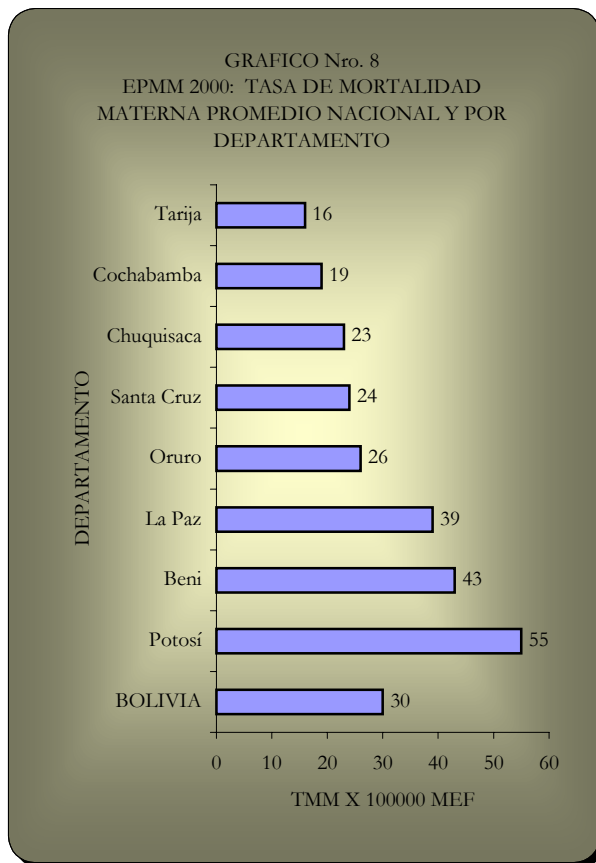
Fuente: Instituto Nacional de Estadística – Encuesta Post censal de Mortalidad Materna

Al considerar las muertes maternas, solo por causas obstétricas directas e indirectas, según la EPMM, la razón de mortalidad materna no cambia la ubicación de los departamentos, el efecto más notorio, en cuanto a la reducción del nivel del indicador se da en Santa Cruz, por una presencia mayor en relación con los otros departamentos, de las muertes maternas tardías y las relacionadas.

2.3.1.2. Tasa de Mortalidad Materna

A diferencia de la razón de mortalidad materna, que implica el riesgo de morir que corren las mujeres embarazadas o recientemente embarazadas, la tasa de mortalidad materna mide el riesgo de morir por causa materna de todas las mujeres en edad fértil, para un año concreto. Mientras mayor es el número de embarazadas en la población de mujeres en edad reproductiva, el riesgo es más alto, peor si el riesgo obstétrico es también elevado.

La tasa promedio nacional es de 30 muertes maternas por cada 100,000 mujeres en edad fértil. Al igual que en la razón de mortalidad materna, también en este indicador están incluidas las muertes maternas tardías y las relacionadas. Sin éstas, el valor es de 23 de muertes maternas por cada 100,000 mujeres en edad fértil.



Fuente: Instituto Nacional de Estadística-Encuesta Post censal de Mortalidad Materna

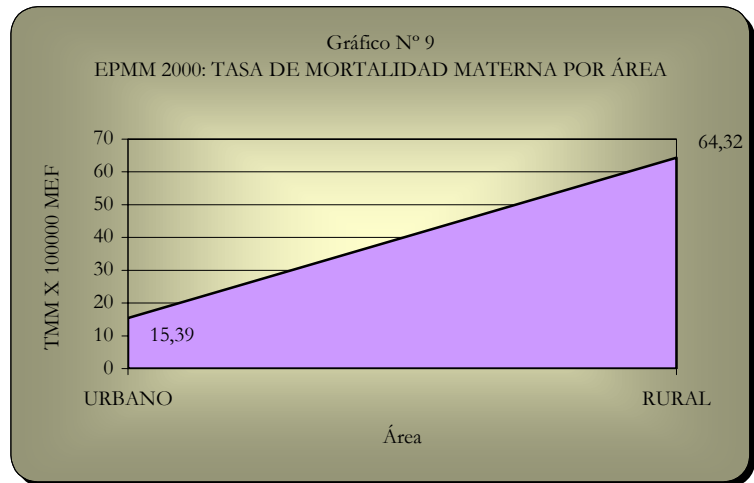
La tasa de mortalidad materna, al igual que la razón, es más alta en el Beni en relación con Santa Cruz, pero esta diferencia es de sólo 58% para la razón, en tanto que para la tasa lo es en 79%. Esto se debe a que la fecundidad y la natalidad son más elevadas en el Beni. Hay que recordar que este indicador está influenciado por el porcentaje anual de mujeres embarazadas.

La razón de mortalidad materna es 183% más alta en Potosí que en Tarija; la tasa es 244% más elevada, porque en Potosí, la fecundidad y la natalidad son más intensas. Asimismo, la razón de mortalidad materna es más alta en La Paz que en Beni (33%); con la tasa sucede lo contrario: la de Beni es 10% más elevada.

Esta vez los departamentos críticos son Potosí, Beni, y La Paz, en estos tres, la tasa supera la cifra promedio nacional, pero están muy cerca de ellas las tasas de Chuquisaca, Santa Cruz y Oruro.

En este caso, el nivel del indicador en cada departamento da la pauta para el respectivo nivel por región ecológica: primero el altiplano, luego los llanos y finalmente los valles (40, 26 y 20, respectivamente, como cifras redondeadas)

La brecha entre área urbana y rural es muy grande. La diferencia establecida por la EPMM es de 1:4,2. Esto indica que uno de los *espacios-población* donde se concentra el deterioro social es el área rural, de hecho las mujeres en el área rural soportan la mas altas tasas de mortalidad por complicaciones de salud durante el embarazo, el parto y el puerperio.

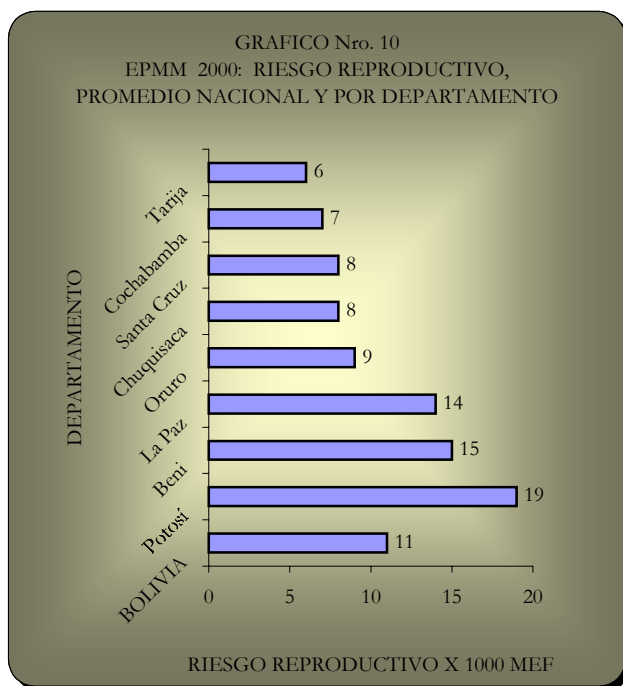


Fuente: Instituto Nacional de Estadística – Encuesta Post censal de Mortalidad Materna

2.3.1.3. Riesgo Reproductivo

Tanto la razón de mortalidad materna, como expresión del riesgo obstétrico, como la tasa de mortalidad materna, son riesgos que pueden ser considerados inmediatos, en la medida que tienen que ver con la capacidad de respuesta de los servicios de salud, con el uso que hace de ellos la población, y con los niveles de fecundidad.

Pero, en el ámbito de la salud materna, hay otro tipo de riesgo al que se enfrenta la población de mujeres en edad fértil. Se trata ya no de una probabilidad inmediata de las embarazadas, sino de un riesgo acumulado al que se exponen las mujeres a lo largo de la etapa reproductiva. Se conoce como riesgo de por vida de morir por una causa materna o, mejor, riesgo reproductivo. Se expresa como la probabilidad que tiene una mujer de morir por una causa materna entre los 15 y 49 años de su vida. Es como la historia de la capacidad de un país para proteger a las mujeres durante el proceso reproductivo biológico.



Fuente: Instituto Nacional de Estadística – Encuesta Post censal de Mortalidad Materna

La EPMM ha establecido que 11 (cifra redondeada) de cada 1,000 mujeres enfrentan el riesgo de morir por una causa materna durante su vida reproductiva, es decir entre los 15 a 49 años.

Esta cifra promedio nacional es mayor en los departamentos de La Paz, Beni y principalmente en el departamento de Potosí, donde las mujeres enfrentan el riesgo de morir por una causa materna entre los 15 a 49 años más alto (19 x 1,000 MEF).

Como indicador resumen de la equidad en salud materna, muestra precisamente la condición en la que se debaten las mujeres en el área rural, en donde el riesgo obstétrico es 4.4 veces más elevado que en la urbana. De igual manera, como los otros dos indicadores, éste refleja la peor condición obstétrica de las mujeres altiplánicas (anexo 7).

Como ha sido posible advertir mediante el análisis de los tres indicadores, la mortalidad materna es una expresión de la capacidad reproductiva, pero con magnitudes y significación diferentes. Esto porque tanto la enfermedad como la muerte no son acontecimientos estrictamente biológicos, sino expresiones particulares de las condiciones de vida que repercuten en el desarrollo de los procesos físicos y psíquicos.

Habrá que tener en cuenta además, que si los indicadores de la mortalidad materna continúan elevados, es porque existe un precario usufructo de la riqueza social, y porque hay procesos patológicos que deterioran la capacidad vital de las embarazadas, cuyas respuestas orgánicas de defensa son tardías e insuficientes. Asimismo, persiste un acceso insuficiente a los servicios de salud, especialmente en condiciones de emergencia médica, además de que la respuesta de esos servicios es lenta.

III. ESTRUCTURA DE LA MORTALIDAD MATERNA EN BOLIVIA

Es conocido que además de enfermedades, que para el caso de la mortalidad materna se trata de urgencias médicas, es decir complicaciones que amenazan la vida, hay también un conjunto de factores originados en la estructura social y que colaboran, muchas veces de manera más directa, para que ocurran muertes maternas.

Una combinación de elementos biológicos y sociales está comprometida en casi la totalidad de las muertes maternas. En este informe, además de la situación de tres indicadores de mortalidad materna, se presenta la estructura de las muertes maternas y algunas características de la problemática en relación con la edad, años de escolaridad y otras variables demográficas y sociales; toda esta información ha sido recolectada en la EPMM a través de la autopsia verbal¹³.

3.1. Características Generales

Bolivia es un país con una extensión de 1,098,591 kilómetros cuadrados. Según resultados del Censo 2001, la población es de un total de 8,274,325 habitantes, que aumenta a un ritmo anual de 2.74%¹⁴. El área urbana concentra la mayor parte de la población del país con 62%. El departamento con mayor población en Bolivia es La Paz con 2,350,466 habitantes y es Pando el de menor población en el país.

Los departamentos de Potosí y Chuquisaca presentan mayor población rural a diferencia del resto del país, donde la población urbana es mayor. La densidad poblacional en Bolivia es la más baja en Sudamérica, siendo de 8 habitantes por kilómetro cuadrado, la mayor densidad poblacional se presenta en el departamento de Cochabamba con alrededor de 26 habitantes por kilómetro cuadrado.

Tomando en cuenta la misma fuente, la Tasa de Analfabetismo en los mayores de 15 años alcanza a 13.28%. La diferencia de tasa de analfabetismo entre área urbana y rural alcanza a 19.33 puntos porcentuales. La proporción de mujeres analfabetas en edad reproductiva es de 19.35% y 34% tienen estudios más allá del nivel de primaria, la desagregación por área para el año 2001, muestra que la mayoría de la población de 19 años o más de edad del área rural tan sólo 14% de la población tiene un nivel de instrucción de secundaria y superior.

3.1.1. CARACTERÍSTICAS DE LAS VIVIENDAS

❖ Tenencia

Según el último censo, la vivienda propia es el tipo de tenencia de la vivienda, mas común (82,7%) en los hogares en los que hubo una muerte materna en el año 2000, a este tipo de

¹³ Anexo 1A. Anexo teórico. Autopsia Vernal.

¹⁴ Tasa de crecimiento intercensal, 1992-2001

tenencia le sigue la vivienda alquilada, prestada por parientes o amigos, cedida por servicios y en anticrético (anexo 34 y 35).

En el área rural, el 92% de los hogares habitan en vivienda propia, seguida por la cedida por servicios. En área urbana el 67% tiene vivienda propia, seguida de la vivienda alquilada, la prestada por amigos y parientes y la cedida por servicios.

En todos los departamentos, la mayoría de los hogares reside en vivienda propia.

❖ Disponibilidad de Servicios Básicos

El porcentaje de hogares de la encuesta, que reciben agua por cañería de red es 53%, siendo en el área urbana mayor el porcentaje de los que disponen agua por cañería (81%) respecto al rural (35%).

Los hogares de mortalidad materna que disponen de energía eléctrica alcanza al 43%, siendo mas caótica la disponibilidad de este servicio en el área rural donde el 92% de los hogares no lo tienen.

Respecto a la disponibilidad de servicio sanitario, el 44% de los hogares de mortalidad materna tienen este servicio, siendo mayor la deficiencia en el área rural (74%).

3.1.2. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DE LAS FALLECIDAS

Debido al tiempo transcurrido entre las muertes maternas y la encuesta (en algunos casos hasta dos años y medio), ha habido una variedad de informantes (anexo 8), aunque 90.5% tenía algún tipo de parentesco con la fallecida. En realidad, 39.5% era pariente sanguíneo; 91.8% tenía 20 ó más años de edad.

Los esposos y convivientes como informantes representaron apenas 27.3%. Esto significa que al momento de la encuesta, o no estaban presentes en el hogar, o estaban trabajando en otra localidad. Los(as) informantes que pueden ser considerados(as) como muy allegados(as) a la difunta (pareja, hijo /a, padre y madre) representaron 50.1 por ciento.

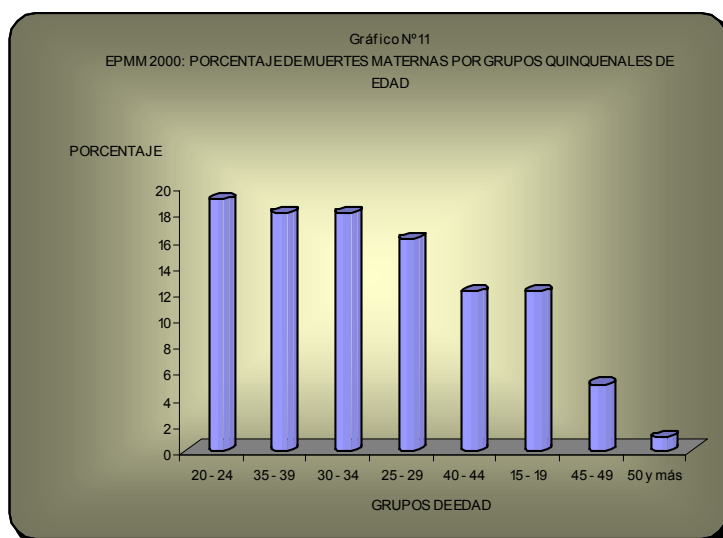
Los individuos que conforman una sociedad no son iguales. Si bien algunas de sus diferencias responden a características convencionales, como edad, sexo, situación civil, años de escolaridad o antecedentes biológicos, es la sociedad, como una realidad más compleja, la que los agrupa, según sus condiciones de vida y sus formas particulares de reproducirse, enfermar y morir.

❖ Edad

Es cierto que algunas causas de mortalidad guardan cierta relación con la edad, como las diarreas y las neumonías en los niños menores a 5 años. Pero en la juventud y la adultez, la

importancia de estudiar la edad en relación con la mortalidad es porque nos aproxima a una desigualdad denominada *mortalidad prematura* (antes de los 65 años¹⁵).

La mortalidad materna es una de las causas biológicas de muerte prematura de la mujer en Bolivia, y en todas las naciones donde ocurren muertes por causas obstétricas directas e indirectas. De las 623 mujeres que fallecieron el año 2000, 47.0% no había cumplido 30 años.

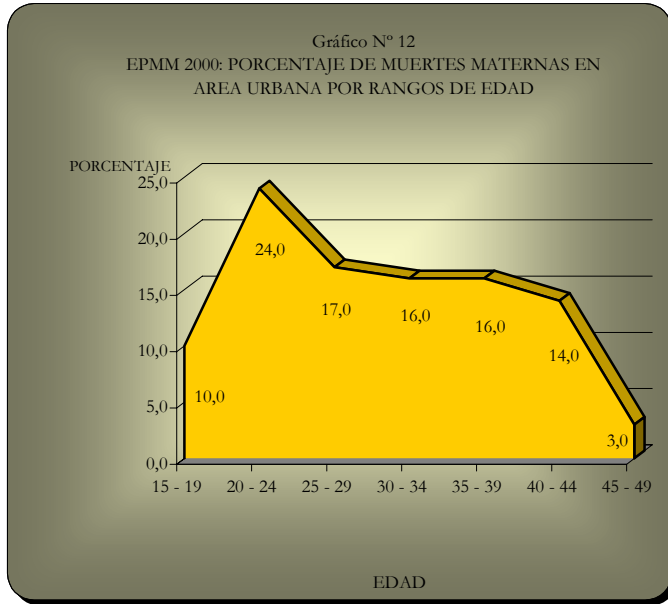


Fuente: Instituto Nacional de Estadística – Encuesta Post censal de Mortalidad Materna

Al igual que lo reportado por la ENDSA-94 (en 226 muertes maternas por el método indirecto, correspondientes al periodo 1989-94), la edad de las fallecidas identificadas por la EPMM no presenta variaciones porcentuales en relación con dos grupos de edad: 15 a 34 y 35 a 49 años, aunque si hay algunas diferencias poco importantes por grupos quinquenales de edad (anexo 4).

Tal como ha quedado registrado en la ENDSA-94, “...,no se aprecia un patrón consistente en el porcentaje de muertes por edad o en los riesgos específicos de mortalidad materna”. Asimismo, el panorama global que muestra la EPMM es de cierta homogeneidad, y que tiene su antecedente en la ENDSA-89.

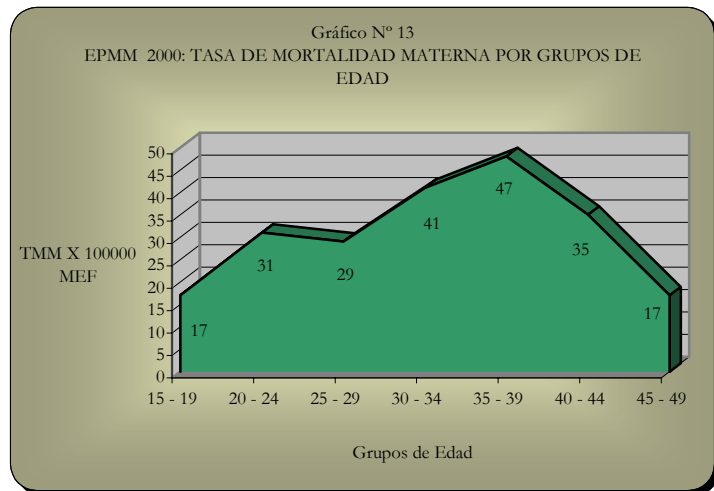
¹⁵ Porque, en teoría, la edad económicamente activa concluye a los 65 años.



Fuente: Instituto Nacional de Estadística – Encuesta Postcensal De Mortalidad Materna

Pese a que cerca del 60% de las muertes maternas se realizaron en el área rural, la distribución de estas en los diferentes rangos de edades es uniforme, sin embargo en el área urbana es importante destacar que el mayor porcentaje de muertes maternas se da entre los 20 y 24 años de edad

Respecto a la tasa de mortalidad materna, la más baja está precisamente entre las mujeres en edades reproductivas extremas: 17 por 100,000 en el grupo de 15 a 19 años, y en el de 45 a 49 años, porque se trata precisamente de dos grupos de edad con bajos niveles de fecundidad específica.



Fuente: Instituto Nacional de Estadística – Encuesta Post censal de Mortalidad Materna

El nivel del indicador se incrementa en los grupos de edad considerados habitualmente como apropiados para el proceso reproductivo biológico, justamente porque en ellos se registra el mayor número anual de nacimientos. El grupo de edad con el nivel más alto del indicador es el de 35 a 39 años, con 48 muertes maternas por cada 100,000 mujeres de la misma edad, para el año 2000.

La vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna¹⁶ estableció que Santa Cruz tenía la edad promedio más baja; es decir, las mujeres fallecen por una causa materna a edades más tempranas que en el resto del país. La EPMM permite ratificar el dato, y además incorpora a Beni como departamento que comparte la realidad cruceña.

Tarija primero y Oruro después, son departamentos donde las mujeres mueren de causa materna a edades un poco mayores que en el resto de la nación. Entre Tarija y Beni hay una diferencia de 7.5 años en la edad promedio de mujeres que mueren por causas maternas.

Cuadro N° 5
EPMM 2000: EDADES MEDIANA Y PROMEDIO DE MUERTES MATERNAS
POR DEPARTAMENTO

Departamento	Edad de muerte materna	
	Mediana	Promedio (+1DS)
Beni	23	28.1 (9.5)
Santa Cruz	27	28.3 (8.2)
La Paz	30	30.1 (8.7)
Potosí	30	30.4 (7.4)
Chuquisaca	30	30.8 (8.1)
Cochabamba	30	30.9 (9.2)
Oruro	33	32.3 (8.6)
Tarija	36	35.6 (6.0)
T O T A L	30	30.0 (8.5)

Fuente: Instituto Nacional de Estadística – Encuesta Postcensal de Mortalidad Materna

❖ Estado Civil

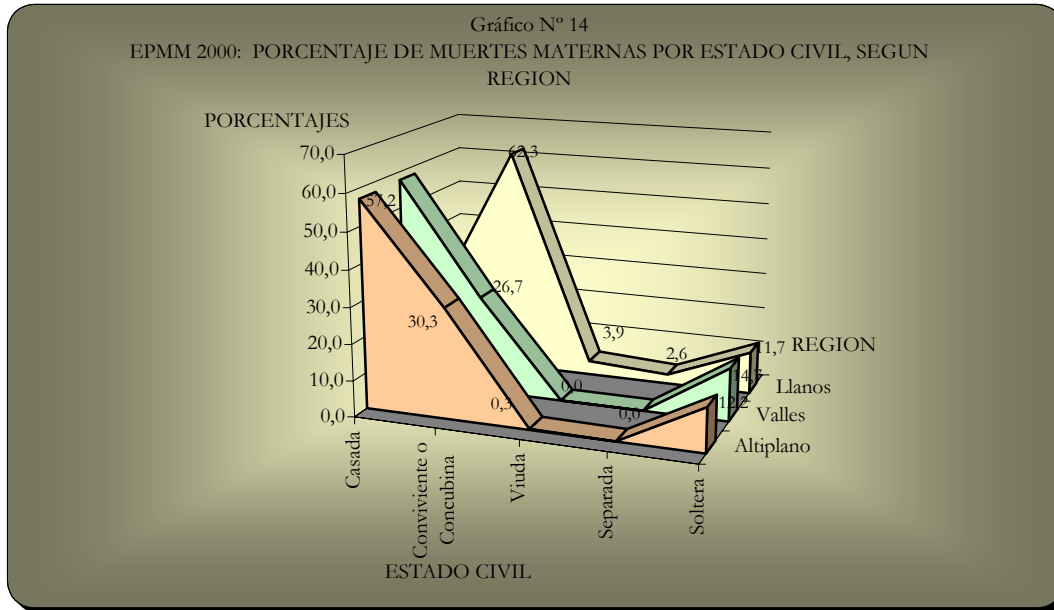
En realidad, más que un interés por la distribución porcentual de la condición civil de las muertes maternas, es establecer si alguna de esas condiciones resulta más perjudicial para el futuro y/o salud de la mujer.

En cuanto a la condición civil de las muertes maternas (anexo 9), en Oruro, Potosí y Tarija el porcentaje de casadas es bastante mayor que la cifra promedio nacional. Lo mismo ocurre en Beni y Santa Cruz con el porcentaje de convivientes, además de que en estos dos departamentos, el porcentaje de casadas es bastante menor que el de convivientes. Un porcentaje mayor de solteras (incluyendo a las fallecidas separadas, viudas y divorciadas) que la cifra promedio nacional corresponde a Santa Cruz.

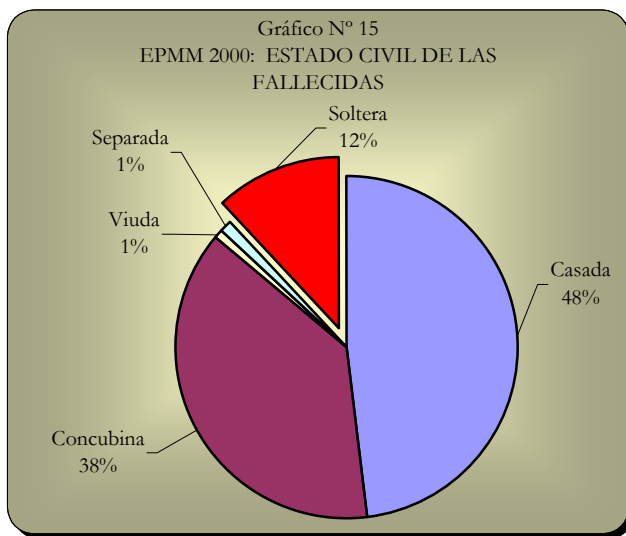
Esta realidad por departamento, define la estructura por región donde en el Altiplano y en los Valles el 57% de las muertes maternas eran casadas y en los Llanos el 62% eran

¹⁶ Secretaría Nacional de Salud. Situación de la vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna y perinatal en Bolivia 1996. La Paz; 1997.

convivientes o concubinas, Situación similar se presenta por áreas, donde el mayor porcentaje (80%) de las mujeres eran casadas y convivientes o concubinas.



Fuente: Instituto Nacional de Estadística – Encuesta Postcensal de Mortalidad Materna



Fuente: Instituto Nacional de Estadística – Encuesta Post censal de Mortalidad Materna

Habría que resaltar el porcentaje de muertes maternas en solteras (12%); si más del 50% de éstas se dan en el área urbana, se puede asociar con el aborto, ya que la EPMM ha dado como resultado al mismo como la segunda causa de muerte materna en el país y principalmente en el área urbana; lo que coincide con la alta cifra de demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos que reportó la última ENDSA en las poblaciones de riesgo.

En Bolivia el aborto es ilegal, por lo tanto muchas mujeres interrumpen los embarazos no deseados, con procedimientos realizados en condiciones sépticas, que ponen en alto riesgo su vida y sus condiciones de salud.

❖ Años de Escolaridad

En cuanto a la educación, se acepta que la formal es parte del consumo ampliado, por lo que su acumulación en cantidad (años de escolaridad) y calidad (ciclos y niveles curriculares) depende más de elementos estructurales que coyunturales.

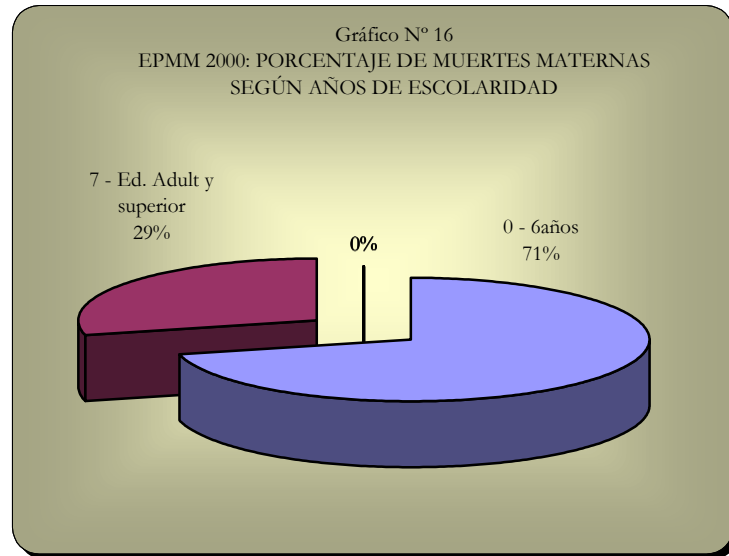
Cuadro N° 6
EPMM 2000: MUERTES MATERNAS POR DEPARTAMENTO
SEGÚN AÑOS DE ESCOLARIDAD

Departamento	Años de Escolaridad por Intervalos					Educación Adultos y Superior	Total	%
	Ninguno	1 - 3	4 - 6	7 - 9	10 - 12			
Chuquisaca	9	13	5			2	29	4.7
La Paz	19	59	72	30	41	17	238	38.2
Cochabamba	21	10	28	4	3	5	71	11.4
Oruro	4	1	8	3	5	5	26	4.2
Potosí	34	31	14		8	2	89	14.3
Tarija	5	5	5	1			16	2.6
Santa Cruz	1	25	50	12	19	13	120	19.3
Beni	7	5	11	2	5	4	34	5.5
Total	100	147	194	51	81	49	623	100.0

Fuente: Instituto Nacional de Estadística – Encuesta Postcensal de Mortalidad Materna

Tal vez por esta razón es que 71% de las muertes maternas corresponde a mujeres con ninguna educación y a las que acumularon entre 1 y 6 años de escolaridad.

Aunque la mortalidad y la morbilidad maternas afectan a las mujeres de todos los estratos sociales y económicos, muere un número desproporcionadamente elevado de mujeres analfabetas, quienes en su mayoría residen en el área rural.



Fuente: Instituto Nacional de Estadística – Encuesta Post censal de Mortalidad Materna

Esta realidad ha sido más contundente el año 2000, primero en Tarija (93.8%) y Chuquisaca (93.1%), y luego en Potosí (88.8%) y Cochabamba (84.3%). En Oruro, 50% de las muertes maternas tenía 7 ó más años de estudio.

❖ Paridad

La paridad, como un derecho sexual y reproductivo individual de tener un hijo, es decir como expresión de la fecundidad, según el Censo 2001, respecto a 1992 ha disminuido (5.0 a 4.4 hijos por cada mujer en edad fértil) como resultado de la concentración de la población en áreas urbanas, la mejora de los niveles educativos y la difusión y oferta de anticonceptivos.

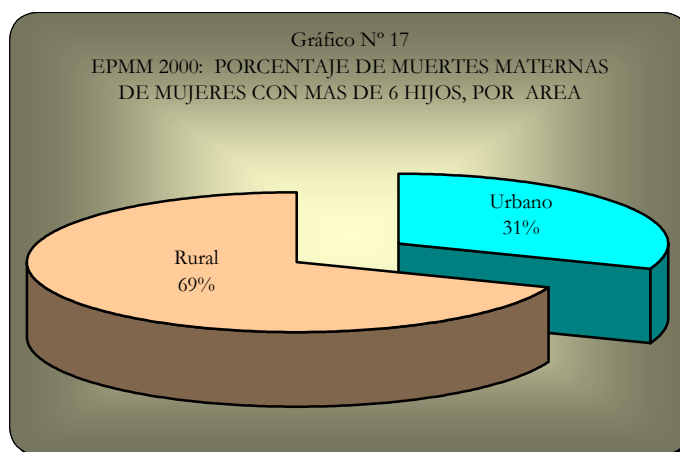
Cuadro N° 7
 EPMM 2000: MUERTE MATERNA POR DEPARTAMENTO, AREAY REGION,
 SEGÚN GRUPOS DE PARIDAD

Departamento	Hijos nacidos vivos					Total	%
	0	1 - 3	4 - 6	7 - 9	10 - más		
Chuquisaca	5	7	12	4	1	29	4,7
La Paz	35	99	57	33	14	238	38,2
Cochabamba	9	33	8	7	14	71	11,4
Oruro	2	11	9	4	0	26	4,2
Potosí	14	33	27	15	0	89	14,3
Tarija		4	7	4	1	16	2,6
Santa Cruz	7	55	25	24	9	120	19,3
Beni	5	16	3	10	0	34	5,5
Area Urbana	33	116	70	27	16	262	42,1
Area Rural	44	142	78	74	23	361	57,9
Altiplano	51	143	93	52	14	353	56,7
Valles	14	44	27	15	16	116	18,6
Llanos	12	71	28	34	9	154	24,7
Total	77	258	148	101	39	623	100,0
Porcentaje	12.4	41.4	23.8	16.2	6.3	100.0	

Fuente: Instituto Nacional de Estadística – Encuesta Postcensal de Mortalidad Materna

Los resultados de la EPMM, muestran que en todos los niveles de paridad hay mortalidad materna, y que de todas las muertes maternas registradas por la EPMM a nivel nacional, 38.5% correspondió a mujeres con 5 ó más hijos nacidos vivos, aunque en Tarija y Chuquisaca esa cifra alcanzó a 50% o más de las muertes maternas del año 2000

Situación similar se presenta por áreas, sin embargo en el área rural el 69% de las muertes maternas se dieron en mujeres con mas de 6 hijos (as).



Fuente: Instituto Nacional de Estadística – Encuesta Postcensal de Mortalidad Materna

3.1.3. CARACTERÍSTICAS SOCIALES

❖ Convivencia familiar

En la versión de los(as) informantes, el porcentaje de malas relaciones en la convivencia (16,7%) no parecería muy alto, aunque esta cifra promedio nacional es superada en La Paz (39%) y Santa Cruz (27%).

Cuadro N° 8
EPMM 2000: MUERTE MATERNA POR DEPARTAMENTO, AREA Y REGION
SEGÚN LA RELACIÓN CON SU PAREJA ERA...

Departamento	Como era la relación de pareja					Total	%
	Buena	Normal	Mala	Ns/Nr	No tiene pareja		
Chuquisaca	9	16	1	3		29	4,7
La Paz	78	95	41	17	7	238	38,2
Cochabamba	26	27	6	11	1	71	11,4
Oruro	4	17	2	1	2	26	4,2
Potosí	27	33	17	12		89	14,3
Tarija	6	4	4	2		16	2,6
Santa Cruz	32	52	28	2	6	120	19,3
Beni	4	15	5	9	1	34	5,5
Area Urbana	69	97	56	34	6	262	42,1
Area Rural	118	161	48	23	11	361	57,9
Altiplano	109	145	60	30	9	353	56,7
Valles	41	47	11	16	1	116	18,6
Llanos	36	67	33	11	7	154	24,7
Total	187	258	104	57	17	623	100,0
%	30,0	41,4	16,7	9,2	2,8	100,0	

FUENTE: Instituto Nacional de Estadística - Encuesta Postcensal de Mortalidad Materna

Pero con el convencimiento de que hay subregistro en este tema, ya que por una parte el/la informante, cuando no se trató de la pareja, puede no haber estado enterado (9,2%) y, por otra, cuando el informante ha sido el esposo o conviviente, hay un sesgo de información, que ha sido comprobado cuando dos o tres informantes reportaron sobre la misma muerte materna.

Este tipo de pregunta, por su generalidad, encubre los problemas relativos a violencia psicológica, física y sexual. Sin embargo, como el cuestionario permitía registrar el relato del o la informante, alrededor del 10% de ellos(as) dio cuenta de hechos de violencia física y/o sexual, por lo general a cargo del cónyuge o pareja (estable u ocasional), que en