POLICY BRIEF

Mortalidad materna en Bolivia





Lorena María Tapia Chávez: Licenciada en Antropología de Universidad Mayor de San Andrés. Diplomado en Antropología de la Salud Intercultural. En el ámbito profesional, ha desarrollado investigaciones cualitativas (embarazo en adolescentes, violencia, suicidio, matrimonios forzados en niñas, género, derechos sexuales y derechos reproductivos de jóvenes y adolescentes, gestión cultural, minería y comunicación), experiencia en investigaciones y sistematización, a nivel nacional y comunidades de diferentes departamentos, experiencia de trabajo con diferentes organismos no gubernamentales y agencias de cooperación internacional. Participó en evaluaciones de proyectos de salud y fortalecimiento de las mujeres en políticas de economía solidaria. Participó en diagnósticos situacionales del enfoque de género.

SOBRE EL OBSERVATORIO DE POBLACIÓN Y DESARROLLO: El Observatorio de Población y Desarrollo (OPD) ha sido creado con el apoyo del Fondo de Población y Desarrollo (UNFPA) con el objetivo de generar información sistemática y de calidad sobre los diferentes componentes y dimensiones de población y desarrollo y su vinculación con la realidad económica, social y ambiental en Bolivia, en el marco del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo. Conforman el OPD el Instituto de Investigaciones Sociológicas "Mauricio Lefebvre" (IDIS) de la carrera de Sociología de la Universidad Mayor de San Andrés (UMSA), el Observatorio de Políticas Públicas y Sociales (OPPS) del Instituto de Investigación, Interacción Social y Posgrado (IIISP) de la carrera de Trabajo Social (TS) de la UMSA, y el Centro de Estudios de Población (CEP) de la Universidad Mayor de San Simón (UMSS).

En ese marco, se publicará una serie de Policy Briefs para el seguimiento a los compromisos de la Cumbre de Nairobi (2019) que se planteó alcanzar tres resultados transformadores –cero muertes maternas, cero necesidades insatisfechas de planificación familiar y cero violencia de género y prácticas nocivas– antes de concluir la próxima década. Coadyuva así al cumplimiento del Consenso de Montevideo y del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD).

El presente policy brief, *Mortalidad materna en Bolivia*, se enmarca dentro de este proyecto.

Mortalidad materna en Bolivia

Elaboración de contenidos: Lorena Tapia
© Observatorio de Población y Desarrollo
Martha Lanza: Coordinación general
Raúl España Cuellar: Instituto de Investigaciones Sociológicas "Mauricio Lefebvre" (IDIS), carrera de Sociología,Universidad Mayor de San Andrés (UMSA)
Ms. Cs. Jimena Freitas Ocampo: Observatorio de Políticas Públicas y Sociales (OPPS), Instituto de Investigación, Interacción Social y Posgrado (IIISP) carrera de Trabajo Social (TS),UMSA
Ms. Cs. Miriam Camacho Villarroel, Directora del Centro de Estudios de Población (CEP), Universidad Mayor de San Simón (UMSS)
Teléfono: (591-2) 2798666
Email: opd.umsa@gmail.com
Coordinación editorial: IDIS UMSA

Edición, diseño e impresión: Grupo Impresor SRL
La Paz, septiembre de 2022

Impreso en Bolivia

Mortalidad materna en Bolivia

ABSTRACT
Este documento está dirigido a mostrar una síntesis de los datos disponibles sobre mortalidad materna en Bolivia. La revisión documental presenta un esbozo de la estructura de causas de la mortalidad materna, un panorama global de las condiciones en las que se producen y las circunstancias que evitan atender oportuna y adecuadamente el derecho a la maternidad segura. Las causas siguen siendo primarias (hemorragias, trastornos hipertensivos, infecciones y abortos), así como antecedentes de precariedad socioeconómica, discriminación y violencia que sufren las mujeres en el curso de su vida reproductiva.

1. ANTECEDENTES

Las muertes maternas son llamadas de atención a las sociedades y los gobiernos. No solo indican que algo está fallando en la vida de las mujeres, en sus familias, en sus vecindarios y en sus trabajos, sino también en los recursos disponibles para garantizar el ejercicio de sus derechos, empezando por el derecho constitucional de ser asistidas y protegidas durante el embarazo, parto y postparto, de una manera competente, cálida y gratuita. En todos los países hay un número de muertes de mujeres en situación de embarazo, que suele concentrar gran expectativa académica y de política pública, sobre todo, porque, con pocos recursos, la mayor parte de las muertes maternas pueden evitarse a través de la implementación de intervenciones de probada eficacia, como el acceso a servicios de atención en salud sexual, reproductiva, materna y neonatal de calidad (OPS, 2020), con un beneficio invaluable para la población. Es por eso que la proporción de muertes de mujeres embarazadas, en un periodo y en un territorio definido, se asume como el nivel de riesgo de muerte que más nítidamente representa las deficiencias del sistema de salud y de los cuidados de la salud en el hogar, en el trabajo y en la vida cotidiana.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), "la defunción materna se define como la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del embarazo, debida a cualquier causa relacionada con, o agravada, por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales" (OMS, 2005, cit. en: Ministerio de Salud, 2016: 13). Es

una definición técnica que ha generado un punto de referencia común en el manejo de las cifras y de las decisiones que se toman o podrían tomarse institucionalmente en cualquier parte, a pesar de que no es capaz de visibilizar el sinfín de problemas que realmente acompaña a las muertes maternas.

Las muertes maternas acortan vidas productivas; dañan a la sociedad y desaniman las aspiraciones de progreso; desintegran familias; debilitan a los niños y a las niñas; cuando las madres mueren, sus familias son mucho más vulnerables y sus hijos tienen más posibilidades de morir antes de cumplir los dos años (Fondo de Población de las Naciones Unidas, UNFPA, 2016). Las cifras de mortalidad materna son indicadores sensibles del lugar que tiene la mujer en la sociedad, de la capacidad del sistema de salud, de la calidad de la educación y de la consistencia de las políticas públicas. "La tasa de mortalidad materna también es un indicador que refleja el grado de desarrollo sanitario, cultural y económico de un país, este indicador nos demuestra las amplias brechas que existen entre los países según su nivel de desarrollo. Los países desarrollados tienen tasas de mortalidad materna desde 0,5 a 10 por 100.000 nacidos vivos, mientras que los subdesarrollados alcanzan tasas de 440 a 1.000 por 100.000 nacimientos" (OMS, 2005, cit. en Terán *et al*., 2007: 1).

Entre las aspiraciones mundiales de desarrollo (Objetivos de Desarrollo Sostenible para el año 2030), más importantes se encuentra la de "reducir la Razón de Mortalidad Materna (RMM) mundial a menos de 70 por 100.000 nacidos vivos y lograr que ningún país tenga una mortalidad materna que supere el doble de la media mundial" (OMS, 2019). Esto es prácticamente una ilusión para Bolivia si no se abordan decididamente urgentes medidas de políticas públicas de salud, además de políticas públicas estructurales para el control de los determinantes de salud, en forma efectiva.

2. ESTADO DE SITUACIÓN

El análisis completo de la mortalidad materna incluye, en primer término, la medición de su extensión y estructura, tomando como referencia un territorio y un periodo determinado. Normalmente se busca el dato de mujeres fallecidas por causas relacionadas con la maternidad en el lapso de un año, de una región, de los países que la integran y de los departamentos o estados de cada uno de estos[1]. A nivel regional, en el año 2015, el Grupo Inter-Agencial para la Estimación de la Mortalidad Materna de las Naciones Unidas (MMEIG) "estimó el número absoluto de muertes maternas en ALC en 7,300. Los avances han sido disímiles dentro de cada país y entre los países. Del total, 13 países, entre ellos Bolivia, tienen una Razón de Mortalidad Materna (RMM) más alta que el promedio regional, es decir, entre 89 y 359 por 100.000 nacidos vivos. Se trata, en particular, de países con tasas de fecundidad altas, niveles elevados de pobreza y cobertura y calidad de atención deficientes" (Grupo de Trabajo Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna, GTR, 2017: 11).

[1] Para que cada uno de esos datos pueda ser comparable, se emplea la cantidad de nacidos vivos en los mismos parámetros de espacio y tiempo. Es decir, la proporción de mujeres embarazadas por número de nacimientos exitosos. De ahí surge, por convención técnica, la razón de mortalidad materna (RMM), el número de mujeres fallecidas por cada cien mil nacidos vivos.

Entre los años 1990 y 2011, Bolivia redujo oficialmente su razón de mortalidad materna de 390 (ENDSA, 1994) a 160 (Ministerio de Salud, 2016) por cada cien mil nacidos vivos. Este gran cambio se debe a grandes soluciones, entre las que se destacan mejoras en la capacidad resolutiva en ginecología y obstetricia y la eliminación de los costos de la atención para las usuarias de los servicios como el SUMI (2002) y el SUS (2019) priorizando el binomio madre niño; sin embargo, la problemática aún cuenta con números rojos.

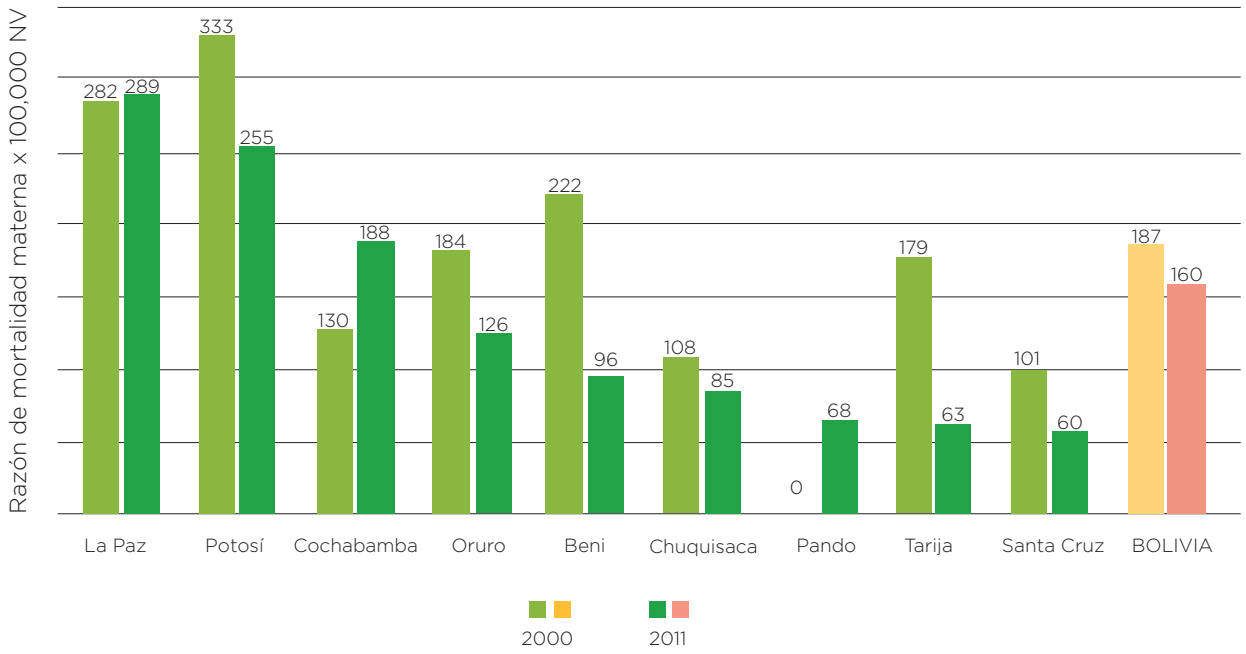
El último dato oficial del país sobre el tema data de 2011. Cabe aclarar que no se cuenta con un sistema de hechos vitales y de vigilancia epidemiológica de la muerte materna suficientemente consolidado, que permita brindar información de manera oportuna sobre la mortalidad materna, sus características y sus causas, con excepción de los datos registrados por el Sistema Nacional de Información en Salud y Vigilancia Epidemiológica (SNIS-VE), que, sin embargo, no integra los acontecimientos sucedidos fuera de los servicios de salud o que no tengan la participación de personal de salud, por lo que es posible que tengan un importante subregistro. "La tendencia del asentamiento de muertes maternas en el SNIS-VE ha sido descendente entre 2001 y 2021, no tanto por la reducción histórica de muertes maternas como por la disminución de la detección de los decesos que ocurren en domicilio. Además, hay que recordar que los dos estudios poscensales realizados en el país dieron cuenta del subregistro: 86,2% en 2000 y 58,6% en 2011" (De La Gálvez Murillo, 2022: 4).

La información del SNIS- VE impide sacar conclusiones globales sobre la evolución de la mortalidad materna en el país y sus principales causas. Mientras evoluciona el registro institucional de hechos vitales pausadamente (con datos de los expedientes clínicos), con diverso grado de precisión, se ha tratado de obtener la RMM mediante las Encuestas de Demografía y Salud (EDSA) que, en el mejor de los casos, el año 1994, mediante 50 mil boletas adicionales, generó mediciones correspondientes a subregiones (altiplano, valles y llanos), a nivel nacional y por área rural y urbana. En esa oportunidad, la RMM nacional para el quinquenio 84-89 fue estimada en 426 y para el quinquenio 89-94 en 390 por cien mil nacidos vivos. Con el último dato mencionado, a partir de entonces, se han formulado todas las metas posteriores de reducción de la mortalidad materna en el país. En las últimas EDSA ya no se midió mortalidad materna.

En los Censos Nacional de Población y Vivienda de 2001 y 2012, se han incluido preguntas que permitieron identificar las posibles muertes maternas del año anterior, para luego ser corroboradas con estudios poscensales a los hogares (autopsias verbales). Estos estudios posibilitaron contar con las RMM del país y de los nueve departamentos (excepto Pando), el año 2001. Constituyen los dos cuerpos de información oficial más sólidos y completos sobre la extensión y estructura de la mortalidad materna. Por esta razón, son referencias obligadas en planes, proyectos y programas institucionales, con la importante desventaja de la larga distancia temporal (al menos diez años) que media entre cada operativo censal (figura 1).

Para el año 2000, se pudo calcular una RMM nacional de 187 y para el año 2011

Figura 1. Razón de mortalidad materna por departamentos, años 2000 y 2011



Fuente: INE-Ministerio de Salud (2016).

una RMM de 160; este es el último dato oficial del que se dispone hasta hoy en día. En la figura 1, se incluyen las proporciones departamentales y los cambios sucedidos en la década de referencia. El departamento con la razón más alta registrada en los estudios poscensales fue Potosí, en el año 2000, con 333 fallecidas por cien mil nacidos vivos; esta cifra se redujo el año 2011 a 255 fallecidas. Esta cifra lo coloca como el segundo departamento con la razón más alta. La Paz incrementó levemente su razón, de 282 a 289, con lo cual pasó a ocupar el primer puesto. Cochabamba, que tenía una de las razones más bajas, incrementó su razón de 130 a 188. Pando, Tarija y Santa Cruz tenían, el año 2011, las RMM más bajas. Una aproximación explicativa del incremento de la mortalidad materna en poblaciones grandes, pero con mayor capacidad instalada, podría encontrarse en la migración interna en condiciones precarias (Paz, 2017).

Los dos estudios poscensales, además, permitieron reconstruir la información sobre la estructura de la mortalidad materna, que no es otra cosa que la clasificación de los fallecimientos por grupos de causas, especialmente las denominadas causas básicas, que se definen como aquellas que originan los acontecimientos que desembocan en la muerte[2].

Los estudios clasifican las causas directas e indirectas para diferenciar aquellas muertes provocadas por accidentes obstétricos de las provocadas por enfermedades

[2]"La causa básica de defunción es: (a) la enfermedad o lesión que inició la cadena de acontecimientos patológicos que condujeron directamente a la muerte, o (b) las circunstancias del accidente o violencia que produjeron la lesión fatal CIE-10ª" (Ministerio de Salud y Deportes, 2014: 30).

agravadas por el embarazo u ocasionadas por otros motivos, como suicidios, violencia o accidentes. De acuerdo con el Estudio Nacional de Mortalidad Materna 2011 "Las principales causas directas de muerte materna identificadas en el 2011, continúan siendo las mismas registradas el 2000. El 63% de las muertes maternas corresponde a causas directas. Las principales causas fueron las hemorragias (59%) por retención placentaria y atonía uterina, seguidas de la hipertensión (19%); el aborto (13%) y las infecciones (7%). Entre las causas indirectas se reporta el cáncer reproductivo con el 5%, el virus de la inmunodeficiencia humana-síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH-SIDA) con un 1% y los accidentes, asesinatos y suicidios con un 23%. El resto son causas no especificadas (8%)" (Ministerio de Salud, 2016, cit. en OMMN, 2015:2).

Por convención técnica, la importancia de este tipo de clasificación de las muertes maternas recae en la consecuente distinción de acciones para enfrentar la problemática. Una sociedad más robusta institucionalmente y con mejor sistema de salud tendrá menos muertes por causas directas que indirectas, precisamente porque están funcionando mejor las capacidades para resolver complicaciones obstétricas graves, como hemorragias, eclampsias, abortos inseguros e infecciones. Hay países que ya casi no presentan muertes por esas causas, porque atienden en sus establecimientos de salud casi todas las emergencias, con capacidad resolutiva oportuna, realizan controles prenatales seguidos a la mayoría de las embarazadas, preparan las condiciones para un parto o aborto bajo supervisión especializada y tienen programas consolidados de anticoncepción abastecidos, disponibles y accesibles.

Estructura y condiciones sociodemográficas de la mortalidad materna

La recolección de datos censales y poscensales en Bolivia incluyó otras particularidades de información relevante, también para guiar la toma de acciones; pero en ámbitos más amplios de consideración. "La estructura de la muerte materna da cuenta de características de las mujeres vinculadas con edades jóvenes, baja escolaridad, alta fecundidad, ruralidad y pobreza. Si bien las muertes maternas estudiadas en el 2011 están concentradas en el tramo etario entre 20 a 39 años de edad, es importante considerar el porcentaje entre 14 a 19 años. Otros datos importantes de esta estructura es que a nivel nacional la muerte materna ocurre en el domicilio (42%) y el 37% en un establecimiento de salud. La pertenencia étnica es uno de los indicadores que muestran que siguen siendo las mujeres indígenas las más vulnerables por sus condiciones de exclusión, de tal manera que el 68% de las muertes maternas ocurrió en mujeres indígenas, siendo el 36% de mujeres quechuas y un 28% a mujeres aimaras" (Ministerio de Salud, 2016, cit. en OMMN, 2015).

Diversos análisis recientes sobre la profundidad de la estructura de la mortalidad materna, es decir, las causas y las condiciones en las que se producen las muertes, realizados por diversos investigadores dieron lugar a la priorización de acciones eficaces no siempre reconocidas y casi siempre con recursos muy limitados. Por ejemplo, la atención intercultural del parto puede facilitar la accesibilidad de la atención médica en poblaciones indígenas que cuentan con prácticas médicas tradi-

cionales establecidas y que son fácilmente compatibles con la actuación concertada de la medicina académica (como sucede en Patacamaya, Caiza D, Moxos y otros municipios). También se logró incentivar previsiones familiares y comunitarias con planes de parto seguro y planes comunitarios de emergencia, con pocos esfuerzos, pero con alto compromiso. Promover hábitos saludables de cuidados de las embarazadas en el hogar, libres de todo tipo de discriminación y violencia, también fue una experiencia exitosa ejecutada en varias regiones del país. Casas maternas gestionadas por las comunidades fueron, a veces, buenos nexos con la capacidad resolutiva de servicios de salud en poblaciones alejadas y pobres (como sucede en algunos municipios de Chuquisaca).

Demoras en la atención de mujeres

No es suficiente haber identificado indicadores adicionales de extensión y estructura para completar el análisis de la mortalidad materna. Se deben investigar los retrasos, las barreras o los fallos que han impedido evitar los fallecimientos cuando se tenía la oportunidad de hacerlo. Estas barreras se agrupan en las tres demoras de atención; las dificultades para percibir las amenazas en la familia y sus allegados, en los inconvenientes que se encuentran para conducir a las mujeres en riesgo hasta un centro de salud con capacidad resolutiva y, también, en los obstáculos del propio centro de salud y su personal. Cualquier demora en esos tres escenarios puede ser parte de los motivos que evitaron la muerte de las mujeres.

Los estudios poscensales de Bolivia incluyeron el registro de las demoras más frecuentes en la atención a estas mujeres: 1) la demora en la decisión de buscar ayuda, 2) el retraso en llegar a un centro de salud y 3) la demora en la prestación de una atención adecuada; pero solo en algunas regiones se ha tomado en cuenta las tres demoras de la atención. Entre los datos destacados se ha mencionado la tardía comprensión de las familias de señales de peligro, la posesión patriarcal de la decisión de buscar ayuda profesional, la ausencia de transporte público en las noches, la falta de ambulancias en los lugares y momentos precisos, la precariedad de equipos médicos disponibles, la carencia de insumos y medicamentos, centros sin personal permanente, y, también, en algunos casos, la deficiente atención por la falta de personal en los servicios de salud.

Las distancias que recorren las mujeres en las zonas rurales para contar con acceso a servicio de salud impiden una pronta atención; algunas mujeres embarazadas realizan sacrificados viajes poco antes de sus partos, en especial, en zonas claramente riesgosas, como el trópico de Cochabamba o el Norte de Potosí; pero no hay medidas de políticas públicas que las controlen. Solo por la iniciativa de proyectos (Consultorios Móviles) algunas familias prevén viajes anticipados, con todos los cuidados necesarios, al parto de zonas alejadas a ciudades capitales e intermedias. Muchas mujeres no son atendidas en los establecimientos porque se considera que el trabajo de parto aún no se encuentra en la etapa crítica, sin observar las dificultades de traslado y alojamiento que suelen impedir su retorno oportuno.

Considerando las fallas y barreras que impiden el acceso de las mujeres a una aten-



ción oportuna y segura, para la reducción de la mortalidad materna se requiere la implementación de diversas estrategias. Estas deben orientarse a la mejora del acceso a servicios de salud con personal calificado en los tres niveles de atención; a la ampliación de la cobertura de atención en salud para las mujeres respecto a controles prenatales y acceso a métodos anticonceptivos; a la mejora de sistemas de referencia y contrarreferencia para evitar muertes maternas; al abordaje de emergencias obstétricas y cuidados esenciales neonatales.

De acuerdo con los datos del SNIS-VE, la cobertura de atención de partos atendidos en servicio a nivel nacional es de 4.299 en 2019, 5.654 en 2020 y l5.118 en 2021. Estos datos reflejan que la cobertura de partos institucionales se ha mantenido en las tres últimas gestiones. La atención calificada durante el parto es una estrategia probada para reducir la mortalidad materna de acuerdo con la OMS.

El porcentaje de cobertura de mujeres a nivel nacional con atención del cuarto control prenatal es de 163.442, para el 2019, de 121.721, para el 2020 y de 144.068 para el 2021. Las mujeres, al contar con acceso a controles prenatales, tienen menor posibilidad de morir por complicaciones en el parto y posparto, lo cual significa que, a mayor cobertura de controles prenatales, hay menos riesgos para la muerte de una mujer y más posibilidades para tener partos seguros.

Respecto al acceso a métodos anticonceptivos, la cobertura en Bolivia es de 3.754.159, para el 2019, de 2.406.089, para el 2020 y de 2.774.088 para el 2021. El acceso a métodos anticonceptivos permite a las mujeres evitar embarazos no intencionados; además, deben contar con servicios de calidad y confidencialidad, adecuados a las necesidades de todas las poblaciones; asimismo deben ser de fácil acceso, sin consideración de edad, sexo o identidad de género (GTR, 2021).

Determinantes de la salud en la mortalidad materna

Finalmente, con mucha menor información, se ha procedido a incorporar en el análisis de la mortalidad materna a los determinantes de salud; es decir, a las condiciones socioeconómicas, ambientales y culturales que han condicionado tanto el surgimiento de amenazas biológicas de la maternidad como la incapacidad de las familias, comunidades y servicios de salud de proporcionar atención oportuna y de calidad: "muchas mujeres mueren en la etapa más productiva de sus vidas sólo por el hecho de ser mujeres, y otras tantas fallecen sólo por el hecho de ser madres (...) pueden identificarse con bastante precisión las fallas sociales e institucionales que suceden en el momento crítico de la evolución de alguna de las complicaciones obstétricas (...) en muchos casos, se trata de mujeres sometidas con anterioridad a privación, opresión, violencia, discriminación y exclusión que las condujeron a vivir sus maternidades en condición de desventaja y riesgo extremo" (Paz, 2017: 15).

Entre los determinantes de la mortalidad materna en Bolivia, identificados por el autor citado arriba, con base en historias de vida relatadas por familiares y allegados de casi todas las difuntas de los departamentos de Potosí y Cochabamba del año 2011, se pueden mencionar los siguientes como los más reiterados:

Pobreza

- Malnutrición (desnutrición, sobrepeso, hipertensión, diabetes)
- Labilidad educativa (desinformación, relaciones no protegidas)
- Deterioro de la salud física y mental (automedicación, subestimación de daños, fatalidad normalizada, trastornos emocionales)

Precariedad ambiental

- Aislamiento geográfico y desastres naturales (exiguo acceso a los servicios y medios de subsistencia)
- Exposición a enfermedades infectocontagiosas (ITS, VIH, EDAS, IRAS)
- Exposición a enfermedades transmitidas por vectores (dengue, malaria, mal de Chagas)

Migración

- Subempleo (bajos ingresos, explotación laboral, inseguridad)
- Desintegración familiar y social (abandono familiar, desarraigo social, promiscuidad)
- Transporte de riesgo y accidentes (transporte irregular y peligroso, inseguridad física)

Cultural

- Desigualdad de género (subvaloración emocional y cognoscitiva, violencia sexual y de género, embarazo y maternidad forzada en la niñez y adolescencia)
- Discriminación étnica (sobreexposición al maltrato, violencia y exclusión institucional)

- Hábitos alimenticios y de consumo insalubres (alcoholismo, drogadicción, consumo de alimentos perjudiciales.

Entre los factores culturales vinculados a la desigualdad de género, se destaca que el Observatorio de Mortalidad Materna y Neonatal (OMMN), basado en el Estudio Nacional de Mortalidad Materna 2011, señala que las causas de mortalidad materna "vinculadas con alguna forma de violencia, alcanzan a un 23%. Entre ellos están: suicidios (10%), accidentes de tránsito (8%), asesinatos (3%) y otro tipo de accidentes (2%). A diferencia de la estructura nacional, la principal causa de muerte materna en Cochabamba se debe a factores externos ligados fundamentalmente a suicidios (22%), 13% en La Paz y 9% en Potosí" (2017: 3).

Bolivia es uno de los pocos países que reportan muertes maternas por violencia intrafamiliar y de género. Asimismo, recientemente, ha cobrado mucha fuerza la preocupación por los embarazos de niñas menores de 15 años, casi siempre como producto de violaciones reiteradas. Estas niñas no reciben atención adecuada con la opción al aborto no penalizado, ni pasan a constituirse en personas protegidas por el Estado y la justicia. En los estudios de caso realizados por el OMMN, basados en el Estudio Nacional de Mortalidad Materna 2011 (Paz, 2017; García, 2017; Tapia, 2016), se han hallado muertes de mujeres embarazadas golpeadas por sus parejas; adolescentes suicidas que han perdido el apoyo de sus familiares debido a su embarazo; mujeres embarazadas sobrecargadas de trabajo no remunerado, obligadas a trabajar en zonas distantes por ingresos muy bajos y con poco acceso a establecimientos de salud; empleadas del hogar que trataron de ocultar sus embarazos o mujeres sin recursos que buscaron abortar de cualquier manera. Así también, los suicidios revelan, entre otras causas, trastornos emocionales que no han sido tratados apropiadamente, debido al escaso número de profesionales dispuestos en los servicios de salud para la atención prenatal.

3. POLÍTICAS Y NORMAS

La salud materna y las acciones adoptadas para reducir la mortalidad materna en el país constituyen uno de los componentes de la salud pública que ha merecido mayor atención de los gobiernos en las últimas décadas. Este esfuerzo se ve reflejado en el voluminoso cuerpo normativo y técnico disponible y actualizado regularmente, empezando por la Constitución Política del Estado (CPE), la Ley del Sistema Único de Salud (SUS-2019), la Política de Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI-2008), el Bono Juana Azurduy (2009), el Plan Nacional para la Reducción Acelerada de la Morbilidad Grave y Mortalidad Materno Infantil Neonatal (2016), el Proyecto "0 Muertes Maternas por Hemorragia" actualmente vigentes. A este marco se añaden todas las resoluciones ministeriales, que precisan manuales, procedimientos, reglas y protocolos de atención en anticoncepción, hemorragias, eclampsias, infecciones, abortos legales o inconclusos, víctimas de violencia sexual y de género, embarazos de niñas y adolescentes, cáncer reproductivo, VIH-SIDA, medicamentos e insumos esenciales de la atención a la maternidad y la salud sexual y reproductiva, entre otros.

Desde la década de los noventa del siglo pasado, en el Ministerio de Salud, se

elaboran planes y normas para reducir la mortalidad infantil y materna de un modo constante y sistemático, especialmente en lo concerniente a la acción sanitaria de los establecimientos públicos de salud. En este esfuerzo, se ha ido incorporando poco a poco el accionar de otros actores, como los gobiernos municipales. Estas instancias tienen competencias cruciales en el quehacer de la salud pública, sobre todo en materia de salud materna y neonatal, gracias a los procesos de descentralización y de la redistribución de recursos públicos, sobre todo, con la puesta en marcha de la Ley de Participación Popular del año 1994. Los planes tenían un periodo de validez de cinco años y contenían lineamientos estratégicos; pero han sido discontinuados por efecto, entre otras cosas, de la crisis sanitaria provocada por la pandemia del covid-19. Sin embargo, ahora se cuenta con los planes Territoriales de Desarrollo Integral (PTDI).

La estructuración de gobiernos municipales con recursos derivados de la coparticipación tributaria y con competencias operativas en los ámbitos de salud y educación permitió generar una política de Estado que estuviera más allá de los sucesivos cambios de gobierno. En este nuevo contexto nació el sistema público de aseguramiento universal, que, con los años, fue creciendo en prestaciones y profundizando en sus procedimientos. El objetivo de este sistema era eliminar las barreras económicas a las que se enfrenta la población con necesidades de atención médica. Por otro lado, fue disminuyendo la dependencia de donaciones de vacunas de otros países y programas de cooperación, anticonceptivos, medicamentos, insumos, equipos e inversiones en infraestructura, por la inversión de recursos públicos proporcionados por el Estado.

En la primera década del siglo XXI, se fueron consolidando derechos constitucionales de la mujer y de la salud sexual y reproductiva, junto a políticas más abiertas hacia la salud universal y transferencias condicionadas de recursos públicos a las familias y comunidades. Además del apoyo a las familias asalariadas con el subsidio prenatal y otros beneficios, se implementó el Bono Juana Azurduy que beneficia a mujeres embarazadas y madres de recién nacidos. De esta manera, se logró incrementar la cobertura de atención médica a niños y mujeres, así como disminuir las presiones económicas de las familias.

El último Plan de Desarrollo Económico y Social, aprobado el 2021, se ha planteado la meta de fortalecer el Sistema Único de Salud, que es universal y gratuito, a través de servicios públicos de salud, respetando la cosmovisión y prácticas tradicionales, sin exclusión ni discriminación, en el marco de la política nacional SAFCI vigente. Sin embargo, como se dijo antes, aunque no hay un plan actualizado para concretar esa aspiración oficial ni una normativa actualiza, algunas normas vigentes permiten regular el comportamiento cotidiano de los servicios de salud materna y neonatal, que por otra parte, no suele cambiar muy seguido: "Como prácticamente todas las complicaciones pueden resolverse con la aplicación de unas pocas medidas agrupadas en lo que se denomina cuidados obstétricos y neonatales esenciales (CONE), una muerte materna solo puede explicarse por la persistencia de fallas en la atención o en la búsqueda de la atención; de ahí que se haya optado, hace ya mucho tiempo, por trabajar bajo el supuesto de sobrevida (toda complicación puede resolverse

si se atiende adecuada y oportunamente) y observar lo que podría impedir o impide seguir el camino lógico para actuar a partir de las primeras manifestaciones de la emergencia" (Paz, 2017: 16).

La resolución de las complicaciones obstétricas más comunes en nuestro país, como los trastornos hipertensivos, las hemorragias, el aborto y las infecciones, de acuerdo con normas vigentes, dependen de actividades rutinarias y recursos suficientes bien delimitados, como puede apreciarse en el cuadro 1.

Los principales argumentos científicos que respaldan cada tecnología o práctica que implementan los servicios están plasmados en guías operativas para servicios. La principal guía de salud materna y neonatal es la Guía Operativa para Aplicación en Servicios de la Resolución Ministerial 0496 y su Reglamentación sobre Prácticas y Tecnologías Apropiadas en Salud Materna y Neonatal (2005); contiene orientaciones técnicas para la aplicación en los servicios de los tres niveles de atención, de las 18 tecnologías, prácticas y conductas apropiadas de salud materna y neonatal, plantillas con orientaciones administrativas por tipo de personal, para la aplicación de la RM 0496 en las Redes de Servicios de Salud y los diez principios de la Organización Mundial de la Salud para el Cuidado Perinatal, Prácticas y tecnologías apropiadas de salud materna y neonatal en el control prenatal.

De acuerdo con el modelo de atención vigente, las tareas menos complejas, como la atención prenatal y la atención prehospitalaria de emergencia, se realizan en establecimientos de primer nivel de atención, es decir, en centros de atención ambulatoria. Algunas veces estas tareas son realizadas en centros de internación que pueden atender partos, por ejemplo, y realizar tratamientos indicados de contención mientras se traslada a las mujeres con mayores complicaciones a establecimientos que cuenten con personal especializado, ambientes seguros, quirófanos, equipos de transfusión sanguínea y otros; estas condiciones se encuentra en los hospitales de segundo y tercer nivel de atención. Para que se logre una atención oportuna y de calidad, debe estar funcionando el sistema de referencia y contrarreferencia, con el debido soporte de transporte, ambulancias e información relevante. Muchas veces, todo depende de la rapidez de la reacción en la familia, en la comunidad y en la red de servicios de salud, porque, por ejemplo, en el caso de una hemorragia suele pasar muy poco tiempo para que se produzca un choque hipovolémico fulminante. Es evitable solo si se concretan las intervenciones quirúrgicas, anestésicas y transfusionales de forma inmediata. Todo esto es todavía un asunto difícil de concretar en todos los municipios.

Se han formulado regularmente planes y documentos técnicos sobre la base de la normativa (Ministerio de Salud y Deportes, 2014; Ministerio de Salud, 2018); pero se han ejecutado parcialmente desde entonces. Sus objetivos son similares a los mencionados a continuación.

En el Plan Estratégico Nacional Para Mejorar la Salud Materna Perinatal y Neonatal en Bolivia 2009- 2015, se reconoce lo siguiente:

- Hacer hincapié en las oportunidades desaprovechadas, que podrían ser be-

Cuadro 1. Procedimientos para la atención de complicaciones obstétricas

Hipertensión
Prevención; diagnóstico temprano y parto oportuno; empleo de anticonvulsivos, antihipertensivos, calcio y aspirina; operación cesárea.
Hemorragias y aborto
Prevención; oxitócicos; compresión aórtica; traje anti choque; taponamiento con balón; transfusión sanguínea y hemocomponentes; cirugía; aborto; anticoncepción; cuidados postaborto (manejo adecuado del Aspiración Manual Endouterina, MEU, Legrado Uterino Instrumentado, LUI, Misoprostol y anticonceptivos modernos).
Infecciones
Parto limpio; antibióticos; saneamiento.

Fuente: Conde (2022).

neficiosas para las madres y los recién nacido/as.

- Fortalecer los nexos entre las Unidades del Ministerio de Salud y Deportes y de otros sectores.

- Mejorar la capacidad de respuesta y la calidad de los servicios de salud fortaleciendo la atención primaria, la caracterización por niveles de atención y el sistema de referencia y retorno en las redes de servicios.

- Proporcionar un cuidado de la salud que sea eficaz, integrado y culturalmente apropiado.

- Fortalecer las competencias del personal de salud, incluidos los agentes comunitarios de salud.

- Promover intervenciones que fortalezcan a las personas, familias y comunidades.

- Formular sistemas de vigilancia, seguimiento y evaluación que permita evaluar el progreso.

- Fortalecer las alianzas y la responsabilidad hacia el logro de resultados (Ministerio de Salud y Deportes, 2010: 12).

En materia de construcción y equipamiento de hospitales y centros de salud, se ha instalado, con deficiencias, cierta capacidad clínica y quirúrgica para resolver complicaciones obstétricas en ciudades capitales y ciudades intermedias. Sin descuidar los antiguos hospitales generales y materno infantiles, se ha tratado de habilitar establecimientos de segundo y primer nivel de atención con la idea de prestar cuidados obstétricos y neonatales esenciales completos en el segundo nivel y básicos en el primer nivel. Ese proceso continúa, desde los ya antiguos primeros proyectos favorecidos con créditos y cooperación internacional (Banco Interamericano de Desarrollo, Banco Mundial, Gobiernos de España, Italia, Japón, Corea, entre otros) en la década de los años noventa, soportados por también una constante y actualizada asistencia técnica y de desarrollo de competencias. Muchos de esos emprendimientos fueron sobredimensionados y empobreci-

dos con el tiempo. Cabe destacar que aún se siguen construyendo instalaciones que no pueden ser empleadas en toda su capacidad.

Los sucesivos planes de reducción de la mortalidad materna han abordado casi siempre los mismos problemas de operatividad y funcionamiento de los servicios de salud de la mujer; han generado líneas de acción avaladas por la evidencia, en muchos casos, pero con debilidades financieras y de gestión que nunca fueron sistemáticamente evaluadas.

Paralelamente, desde el propio sistema de salud, excesivamente hospitalario y biomédico, se ha intentado dar cuerpo a iniciativas para disminuir las demoras que enfrentan las mujeres al requerir atención médica especializada. En algunos lugares, se han concretado proyectos pasajeros de comunicación social sobre el embarazo y sus amenazas, sobre el uso preventivo de anticonceptivos modernos, sobre los beneficios del distanciamiento gestacional y sobre los cuidados de la embarazada en el hogar, en el trabajo y en la comunidad. Se ha buscado comprometer la participación organizada de la población en el quehacer de la salud y coordinar acciones conjuntas con otros sectores. Sólo unas cuantas de esas iniciativas han sido exitosas plenamente, y, de todos modos, la mayoría de las redes de servicios de salud carecen de recursos y capacidades para promover un comportamiento adecuado de la población en relación con la maternidad. Son contados los centros que adaptan sus horarios de atención a las condiciones de la población y son muchos los que no tienen posibilidades de atender las 24 horas eficientemente, incluso cuando han sido acreditadas para hacerlo.

La formación de recursos humanos en salud tampoco ha acompañado, desde la academia, las necesidades de especialización requeridas. Se requiere personal calificado en todos los establecimientos; pero no siempre se los encuentra disponibles o, cuando sí lo están, no tienen ninguna predisposición para obrar con la pertinencia intercultural que se promueve. Muy frecuentemente, el personal se ve limitado por la falta de insumos, anticonceptivos y medicamentos básicos, y terminan negando la atención u otorgándola en forma incorrecta a un número significativo de mujeres.

En el plano más estructural y de largo plazo, sin duda, la principal política pública en salud ha sido la originada por el sistema de aseguramiento universal. Su objetivo ha sido, inicialmente, superar la barrera económica que impedía a la población que no tiene acceso a la seguridad social de corto plazo obtener la atención de la salud materna, y actualmente, cubrir, con el financiamiento público, el acceso a todas o a la mayor parte de las prestaciones de salud vigentes.

Finalmente, desde los años noventa hasta la fecha se ha ido formulando y revisando la normativa básica de la vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna, aunque no se la ha implementado regularmente, pese a su importancia práctica indiscutible: "…la vigilancia epidemiológica es un proceso continuo, dinámico y correctivo, que detecta los problemas, propone soluciones locales y facilita el seguimiento, acomodándose a las características del entorno social e institucional donde ha sucedido el acontecimiento, sin consecuencias punitivas ni repercusión legal que son aspectos

de otros procesos administrativos y judiciales totalmente diferentes…la vigilancia epidemiológica sin participación comunitaria o social no es viable...” (Ministerio de Salud y Deportes, 2014: 21). Durante la época más difícil de la pandemia del covid-19, se ha llegado al extremo de evitar el funcionamiento de los Comités de Vigilancia; por esta razón, no se han producido reportes verificados de muertes maternas y de las razones por las que no se las ha evitado.

4. RECOMENDACIONES Y SUGERENCIAS

Continuar concentrando y profundizando, mediante el Sistema Único de Salud y redes de servicios de salud consolidadas, los procesos de calificación de personal, garantizando la contratación de proveedores de servicios capacitados para resolver hemorragias, trastornos hipertensivos, abortos inseguros e infecciones que se producen en el embarazo, parto o postparto. No dejar de prever mejoras tecnológicas y competencias para la transición epidemiológica que incrementa poco a poco la presencia de enfermedades crónico degenerativas en las complicaciones de maternidad, así como para las imprevistas emergencias sanitarias por enfermedades epidémicas como la del covid-19. Para ello, se requiere que se ponga mayor énfasis en los sistemas de referencia y contrarreferencia en los niveles de atención para lograr resolver complicaciones obstétricas y para que las mujeres cuenten con atención calificada y esencial de acuerdo con normas y protocolos existentes. Al respecto, se debe otorgar mayor prioridad a niñas adolescentes así como a mujeres indígenas y de bajos recursos.

A nivel normativo y técnico, se requiere de manera inmediata la actualización de las normativas, los protocolos, los manuales de atención sobre el tema de mortalidad materna, pues han sido elaborados hace más de una década. Esta actualización técnica normativa permitirá contar con mayor personal calificado que ponga en práctica una mejor atención. Asimismo, el personal con mayor capacitación logrará resolver las emergencias obstétricas de una manera eficiente y eficaz.

Se recomienda introducir en planes y proyectos de desarrollo, principalmente de los gobiernos municipales, incentivos para la educación sexual integral así como para la protección y justicia para las víctimas de violencia sexual y de género. Se sugiere también invertir en sistemas de prevención de embarazos no intencionados y de apoyo a mujeres embarazadas en condición de desventaja.

Se sugiere fortalecer el área de salud sexual y reproductiva a partir de la mejora de la distribución y difusión de métodos anticonceptivos en los servicios de salud, mediante un seguimiento continuo que permita a las mujeres decidir sobre la cantidad de hijos que desean tener y evitar que se produzcan embarazos imprevistos que pueden terminar en una muerte materna.

Se debe considerar y analizar la información presentada en las investigaciones sobre mortalidad materna respecto a fallas, barreras, debilidades y factores adversos, en relación con las muertes maternas acontecidas. De esa manera se espera que los sectores involucrados logren implementar estrategias multisectoriales y locales de

reducción de la mortalidad materna. Las investigaciones realizadas a partir del Estudio Nacional de Mortalidad Materna 2011 permiten identificar las barreras para el acceso a servicios de salud y las condiciones en las cuales las mujeres fallecieron: violencia, suicidio, pobreza, acceso a servicios de salud. La atención a estas problemáticas permitirá acortar las brechas e inequidades existentes y promover cambios culturales, dando prioridad a la salud y la vida de las mujeres, fortaleciendo servicios de salud, el apoyo de la comunidad, la pareja y el Estado, mediante estrategias locales de comunicación.

Se recomienda fortalecer y mejorar la vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna, el registro y procesamiento de la morbilidad obstétrica grave y de la mortalidad materna y neonatal en centros de salud. Este fortalecimiento debe incluir la búsqueda activa y la investigación inmediata de casos, con recomendaciones puntuales para que no se repitan errores. Asimismo, se debe fortalecer los Comités de Vigilancia de la Mortalidad Materna y Neonatal y el correcto llenado de las fichas epidemiólogas para tener un mejor acceso a datos en la producción de servicios del SNIS-VE.

Por último, se debe procurar la preparación y ejecución del nuevo Estudio Pos censal de mortalidad materna en los plazos más breves posibles, con un nuevo diseño de investigación que parta de la experiencia adquirida en las décadas pasadas, fortaleciendo el papel de la Mesa de Maternidad y Nacimiento Seguros y el funcionamiento del Observatorio de Mortalidad Materna y Neonatal.

5. CIERRE

La muerte materna en Bolivia, de acuerdo con la evidencia disponible, se caracteriza por estar todavía muy extendida, pese a la evidente disminución de la razón de mortalidad materna en las tres últimas décadas. Sin embargo, las mujeres tienen el derecho a ser asistidas y protegidas durante el embarazo y parto de una manera segura, con personal calificado y con servicios de salud que cuenten con los recursos necesarios de atención de emergencias obstétricas que pueden ser evitables. La mejora del sistema de vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna permitirá contar con datos actuales para dar soluciones prontas y eficientes a las muertes ocurridas. Se debe considerar también otras causas como la violencia, la pobreza, el acceso a recursos, la educación, que influyen en una muerte materna que podría ser evitable.

BIBLIOGRAFÍA

1. Conde, Víctor (28 de mayo de 2022). "Mortalidad Materna". Presentación de datos sobre Mortalidad Materna en Bolivia. Día Internacional de acción por la salud de las mujeres. Reunión mensual de la Mesa de Maternidad y Nacimiento Seguros, La Paz

2. De La Gálvez Murillo, Alberto (2022). Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Materna en Bolivia. Una estrategia congelada. Separata Medicón. La Paz: Colectivo Intelectual de Médicos Consultores.

3. Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) (2016). "Salud Materna". Fondo de Po-

blación de las Naciones Unidas. Recuperado de https://www.unfpa.org/es/salud-materna#read-more-expand

4. García, Franklin (2017). V*iolencia Contra la Mujer y Mortalidad Materna ciudad de El Alto.* La Paz: Observatorio de Mortalidad Materna y Neonatal. Postgrado en Ciencias del Desarrollo. CIDES -UMSA.

5. Grupo de Trabajo Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna (GTR) (2021). Consenso Estratégico Interagencial para la Reducción de la Morbi-mortalidad Materna: orientaciones estratégicas para el decenio 2020-2030. UNFPA/LACRO. Recuperado de https://lac.unfpa.org/es/resources/consenso-estrat%C3%A9gico-interagencial-para-la-reducci%C3%B3n-de-la-morbi-mortalidad-materna.

6. Grupo de Trabajo Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna (GTR) (2017). Panorama de la Situación de la Morbilidad y Mortalidad Maternas América Latina y el Caribe. Fondo de Población de las Naciones Unidas para América Latina y el Caribe (UNFPA/LACRO). Recuperado de https://lac.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/MSH-GTR-Report-Esp.pdf

7. Observatorio de Mortalidad Materna y Neonatal (OMMN) (7 de febrero de 2017). "La mortalidad materna: una problemática de impacto social y vulneración de derechos humanos". *Página Siete* [Separata del Postgrado en Ciencias del Desarrollo CIDES- UMSA]. La Paz.

8. Observatorio de Mortalidad Materna y Neonatal (OMMN) (2015). Resumen Ejecutivo del Proyecto. Observatorio de Mortalidad Materna. La Paz: Postgrado en Ciencias del Desarrollo CIDES-UMSA.

9. Organización Mundial de la Salud (OMS) (19 de septiembre de 2019). "Mortalidad Materna". Organización Mundial de la Salud (OMS) [Centro de Prensa]. Recuperado de https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality

10. Organización Panamericana de la Salud. (OPS). (2020). *Estrategias para poner fin a la mortalidad materna prevenible (EPMM).* Version en español. Recuperado de https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51963/9789275322106-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

11. Paz, Marcos (2017). Mujeres del Viento: estudio Cualitativo de Mortalidad Materna Trópico de Cochabamba-Norte y Centro de Potosí. La Paz: Postgrado en Ciencias del Desarrollo. CIDES-UMSA.

12. Tapia, Lorena (2016). *Estudio de caso de muerte materna de adolescentes por suicidio en la ciudad de La Paz y El Alto*. La Paz: Postgrado en Ciencias del Desarrollo. CIDES-UMSA.

11. Terán, René; Víctor, Gutierres; Lazo, Lizbeth (2007). "Mortalidad Materna en el Hospital Materno Infantil Germán Urquidi 2000 a 2006". *Gaceta Médica Bolivia*, 30. Scielo. Recuperado de http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1012-29662007000200006.

Normativas del Estado Plurinacional de Bolivia

1. Ministerio de Salud y Deportes. (2005). Guía Operativa para Aplicación en Servicios de la Resolución Ministerial 0496 y su Reglamentación sobre Prácticas y Tecnologías Apropiadas en Salud Materna y Neonatal. La Paz. Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud.

2. Ministerio de Salud (2018). Módulo de Desarrollo de Competencias en Emergencias Obstétricas (Hemorragia Obstétrica, Trastornos Hipertensivos del Embarazo, Infecciones Obstétricas).La Paz. Unidad de Redes de Servicios de Salud y Calidad. Amaru.

3. Instituto Nacional de Estadística (INE)-Ministerio de Salud (MSD) (2016). E*studio Nacional de Mortalidad Materna 2016*. La Paz: INE-MSD.

4. Ministerio de Salud de Bolivia (2010). Plan Estratégico Nacional para mejorar la Salud Materna Perinatal y Neonatal en Bolivia 2009-2015. La Paz: Unidad de Servicios de Salud y Calidad. Gráficos "Color".

5. Ministerio de Salud y Deportes (2014). Norma Nacional del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Materna. La Paz: Unidad de Servicios de Salud y Calidad. PGD Impresiones.

6. Ministerio de Salud de Bolivia. (2016). Estudio Nacional de Mortalidad Materna 2011 Bolivia. Resumen Ejecutivo. Serie de documentos de Investigación N° 44. La Paz: Dirección General de Planificación. Sistema Nacional de Información en Salud y Vigilancia Epidemiológica. Gráfika Leal.



OBSERVATORIO DE POBLACIÓN Y DESARROLLO

VISÍTANOS EN:

http://opd.umsa.bo/observatorio

@OPDBolivia Comunidad

opd.umsa@gmail.com

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN SIMÓN
Ciencia y Conocimiento desde 1832

IDIS

OBSERVATORIO DE POLÍTICAS PÚBLICAS Y SOCIALES

INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN INTERACCIÓN SOCIAL Y POSGRADO

CEP CENTRO DE ESTUDIOS DE POBLACIÓN

UNFPA
Fondo de Población de las Naciones Unidas