



ORGANISMO ANDINO DE SALUD
CONVENIO HIPÓLITO UNZUÉ

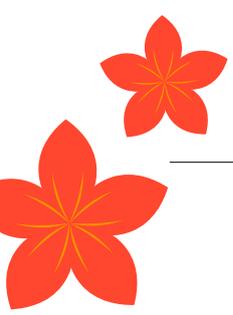


INFORME SOBRE LA TENDENCIA DE LA MORTALIDAD MATERNA PARA EL PERIODO 2015-2020 Y LA SITUACIÓN DE LA MORTALIDAD MATERNA 2021 PARA LOS PAÍSES DEL ÁREA ANDINA

(Bolivia, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela) y Chile, y principales determinantes que han incidido en las brechas e inequidades de la salud materna, y su profundización durante la pandemia por la COVID-19

Noviembre 2024

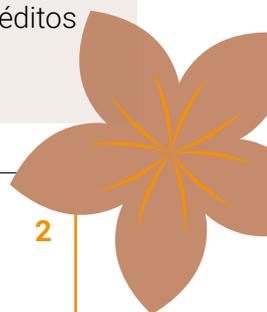




Dirección General: UNFPA- LACRO
Autora: Liliana Cuevas

Este documento fue producido por la Oficina Regional del Fondo de Población de Naciones Unidas para América Latina y el Caribe (UNFPA LACRO) con el apoyo de las oficinas de país de UNFPA de los países abordados en el análisis.

Se permite la reproducción parcial o total del documento siempre que se otorguen los créditos correspondientes. Noviembre de 2024.



SIGLAS

ALC	América Latina y el Caribe
CEDES	Centro de Estudios de Estado y Sociedad
CON	Cuidado prenatal
EIS	Educación integral en sexualidad
ENSANUT	Encuesta Nacional de Salud y Nutrición
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
GTR	Grupo de Trabajo Regional
IC	Intervalos de confianza
MM	Muertes maternas/mortalidad materna
NV	Nacidos vivos
ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenible
LACRO	Oficina Regional para América Latina y el Caribe
ORAS- CONHU	Organismo Andino de Salud-Convenio Hipólito Unanue
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico
PM	Primer trimestre
RMM	Razón de mortalidad materna
SSR	Salud sexual y reproductiva
TEF	Tasa específica de fecundidad



CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	8
COMPORTAMIENTO DE LA MORTALIDAD MATERNA EN PAÍSES DEL ÁREA ANDINA Y CHILE DE ACUERDO CON EL NÚMERO DE MUERTES MATERNAS POR PAÍSES DE LA REGIÓN DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE, 2015-2020	10
• Comportamiento de la mortalidad materna en la región de Latino América y el Caribe, 2015 – 2020	10
• Contribución de los países del Cono Sur a la mortalidad materna en la región de América Latina y el Caribe, 2015 – 2020	10
• Muertes maternas de los países del Área Andina y Chile durante el periodo, 2015-2020	12
• Razón de mortalidad materna por 100 000 nacidos vivos, para los 6 países miembros del Área Andina y Chile, 2015-2020	14
• Comparación de la razón de mortalidad materna para los países miembros del Área Andina y Chile versus el comportamiento de la mortalidad materna en ALC, 2015-2020	15
• Estimaciones del cumplimiento de la meta de reducción de la Mortalidad Materna para los países miembros del Área Andina y Chile, 2015-2020	16
SITUACIÓN DE LA MORTALIDAD MATERNA PARA LOS PAÍSES MIEMBROS DEL ÁREA ANDINA: BOLIVIA, COLOMBIA, ECUADOR, PERÚ Y VENEZUELA Y CHILE- 2021	19
• Análisis de la RMM países miembros del Área Andina y Chile- 2021	20
• Análisis de la RMM países de ALC- 2021	21
ANÁLISIS DE LA MORTALIDAD MATERNA POR VARIABLES DE INTERÉS	24
• Muertes maternas por tipo de causas (directas e indirectas)	24
• Mortalidad materna e indicadores de acceso y cobertura de salud materna para países miembros del Área Andina y Chile	27

CONTENIDO

• Porcentaje acceso al cuidado prenatal desde el primer trimestre de la gestación	27
• Porcentaje cobertura de atención prenatal con al menos 4 visitas	28
• Proporción de partos atendidos en establecimientos de salud (%)	31
• Prevalencia de uso de anticonceptivos modernos en casadas o en unión	31
• Prevalencia de anemia en mujer en edad reproductiva	32
• Tasa de fecundidad específica de 10 a 14 años y de 15 a 19 años	32
• Gasto total en salud per cápita	34

CONCLUSIONES	35
---------------------	-----------

RECOMENDACIONES	39
------------------------	-----------

METODOLOGÍA UTILIZADA EN EL ANÁLISIS	41
---	-----------

DEFINICIONES	43
---------------------	-----------

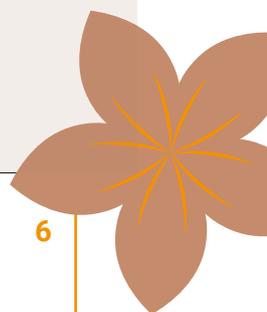
BIBLIOGRAFÍA	45
---------------------	-----------



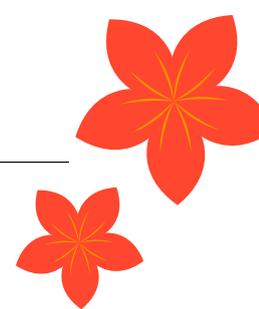
TABLAS Y GRÁFICOS

Índice de tablas

Tabla 1 Número de muertes maternas identificadas para América Latina y el Caribe, 2015-2020	10
Tabla 2 Número de muertes maternas identificadas para los países miembros del Área Andina y Chile, 2015-2020	13
Tabla 3 Razón de mortalidad materna por 100 000 nacidos vivos, para los países miembros del Área Andina y Chile, 2015 -2020	14
Tabla 4 Porcentaje de reducción de RMM 2015- 2020 y cambio porcentual anual promedio para los países miembros del Área Andina y Chile	17
Tabla 5 Razón de mortalidad materna por 100 000 nacidos vivos, para los países miembros del Área Andina y Chile, 2021	21
Tabla 6 Razón de mortalidad materna por 100 000 nacidos vivos, para los países de América Latina y el Caribe, 2021	23
Tabla 7 Principales causas obstétricas directas de las muertes maternas en Colombia, país miembro del Área Andina, 2019 – 2021	27
Tabla 8 Porcentaje acceso al cuidado prenatal desde el primer trimestre de la gestación y razón de mortalidad materna por 100 000 nacidos vivos, para los países miembros del Área Andina y Chile, 2015 – 2020	27
Tabla 9 Porcentaje cobertura de atención prenatal con al menos cuatro visitas y razón de mortalidad maternas por 100.000 nacidos vivos, para los países miembros del Área Andina y Chile, 2015 – 2020	28
Tabla 10 Porcentaje de partos atendidos institucionalmente, para los países miembros del Área Andina y Chile, 2015 – 2020	31
Tabla 11 Prevalencia uso anticonceptivos modernos en mujeres casadas o en unión, para los países miembros del Área Andina y Chile, 2015 – 2020	32
Tabla 12 Prevalencia de anemia en mujeres en edad reproductiva para los países miembros del Área Andina y Chile, 2015 – 2019	32
Tabla 13 Tasas de fecundidad específica de 10- 14 años y 15 a 19 años para los países miembros del Área Andina y Chile, 2015 – 2020	33



TABLAS Y GRÁFICOS



Índice de gráficos

Gráfico 1 Contribución de los países del Área Andina y Chile a la mortalidad materna en la región de América Latina y el Caribe, 2015 – 2020	11
Gráfico 2 Número de muertes maternas para los países miembros del Área Andina y Chile, 2015-2020	13
Gráfico 3 Comparación de la razón de mortalidad materna para los países miembros del Área Andina y Chile versus el comportamiento de la mortalidad en ALC, 2015 -2020	15
Gráfico 4 Percentil de cada país miembro del Área Andina y Chile con base en la RMM en reALCión a la RMM de los países de la región de ALC que se encuentran en el mismo percentil, 2015-2020	18
Gráfico 5 Número de muertes maternas para los países miembros del Área Andina y Chile, 2021	19
Gráfico 6 Contribución de los países miembros del Área Andina y Chile a la mortalidad materna en América Latina y el Caribe, 2021	20
Gráfico 7 Razón de mortalidad materna por 10 0.000 nacidos vivos, para los países miembros del Área Andina y Chile, 2021	21
Gráfico 8 Peso porcentual de las causas obstétricas directas e indirectas, Colombia, 2019 – 2021	24
Gráfico 9 Tendencia de las causas de muerte materna, directas e indirectas. Colombia, 2019 – 2021	25
Gráfico 10 Peso porcentual de las muertes maternas debidas a SARS- CoV-2 en el marco de la pandemia por Covid- 19. Colombia, 2020 – 2021	26
Gráfico 11 Principales causas obstétricas directas de muerte materna, en Colombia país miembro del Área Andina, 2020 – 2021	26
Gráfico 12 Comportamiento de la RMM y porcentaje de al menos cuatro visitas prenatales. Colombia, 2015 – 2020	29
Gráfico 13 Comportamiento de la RMM y porcentaje de al menos cuatro visitas prenatales. Perú, 2015 – 2020	29
Gráfico 14 Comportamiento de la RMM y porcentaje de al menos cuatro visitas prenatales. Venezuela, 2015 – 2018	30
Gráfico 15 Comportamiento de la RMM y porcentaje de al menos cuatro visitas prenatales. Bolivia, 2015 – 2020	30
Gráfico 16 Gasto en salud per cápita para los países miembros del Área Andina y Chile vs RMM x 100 000 NV promedio del periodo 2015 – 2020	34





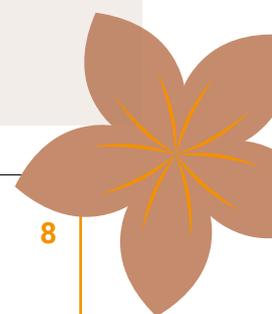
INTRODUCCIÓN

A solicitud del Organismo Andino de Salud (ORAS-CONHU), la Oficina Regional para América Latina y el Caribe del UNFPA presenta un análisis de la tendencia de la mortalidad materna para el periodo 2015-2020 y la situación de mortalidad materna 2021 para los países del Área Andina: Colombia, Perú, Ecuador, Bolivia, Venezuela y Chile. Esto se hace a la luz de los determinantes que han incidido en las brechas e inequidades de la salud materna, y su profundización durante la pandemia por la COVID-19. El fin es resaltar las lecciones aprendidas y recomendaciones que orientan hacia una reducción acelerada de la mortalidad materna y el mejoramiento de los indicadores de salud sexual y reproductiva y a su vez permiten avanzar en el cumplimiento de las metas de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) 3 y 5. Lo anterior, como un insumo estratégico para quienes toman las decisiones.

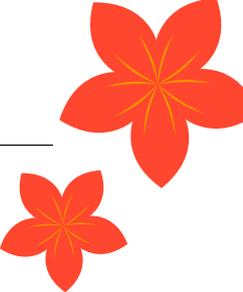
A pesar de los esfuerzos realizados en la última década por parte de los gobiernos y entidades de los países de América Latina y el Caribe, no se ha alcanzado la velocidad de reducción de la mortalidad materna que se requiere para lograr las metas establecidas a escala mundial, regional y de país (1, 2, 3). Aun hoy en día, pese a las estrategias implementadas, miles de personas con capacidad de gestar siguen muriendo o sufren efectos colaterales en su salud y bienestar en el largo plazo por causas que podrían ser diagnosticadas, controladas e intervenidas a tiempo. Por ejemplo, mediante el acceso oportuno y de calidad al cuidado prenatal, el acceso a anticonceptivos y la atención de los partos en establecimientos de salud con estándares de calidad y por parte de personal especializado (4).

Además, dados los efectos de múltiples determinantes como el nivel socioeconómico, aspectos culturales y de escolaridad, el grupo étnico, la condición migrante, la edad y el lugar de residencia en la ocurrencia de las muertes maternas y su exacerbación durante la incidencia de la pandemia por COVID-19, es imperativo establecer acciones e inversión que permitan disminuir las brechas e inequidades en salud materna, ingreso per cápita, desempeño escolar, discapacidad, nutrición, agua potable y gasto público en salud. De este modo, se podrá optimizar el derecho de las mujeres a una salud sexual y reproductiva y a una vida digna e integral, sin efectos adversos emocionales, sociales o económicos en ellas o en su entorno familiar y comunitario. Esto es fundamental para propiciar un desarrollo sostenible, dado el papel crucial de las mujeres en la familia, la economía del hogar y de la sociedad y el bienestar para las generaciones subsecuentes (3).

Este desarrollo sostenible debe intervenir las causas de mortalidad materna más comunes, tales como la hemorragia (23,1 %), la hipertensión inducida por el embarazo (22,1 %), complicaciones relacionadas con el aborto en condiciones de riesgo (9,9 %) y la sepsis (8,3 %). Estas se denominan como “causas directas”, dados los avances técnico-científicos alcanzados en salud para prevenirlas o tratarlas de forma oportuna y adecuada. No obstante, también hay que considerar las “causas indirectas” que han evidenciado un creciente impacto en la mortalidad materna, entre las cuales encontramos la COVID-19 (4).

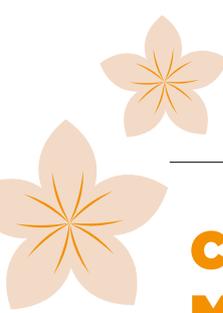


INTRODUCCIÓN



En respuesta a estas causas directas e indirectas de mortalidad materna, es importante establecer acciones para su reducción, así como para la reorientación de las políticas y prioridades. De este modo, alcanzar un acceso universal a la salud con un enfoque integral y de equidad, en concordancia con lo estipulado en la Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente (2016-2030) en lo referente al 3.er Objetivo de Desarrollo Sostenible (ODS) (5). Este último establece reducir la razón de mortalidad materna (RMM) mundial por debajo de 70 por cada 100 000 nacidos vivos (NV) para el 2030, y lograr que ningún país tenga una mortalidad materna que supere el doble de la media mundial; es decir, que ningún país tenga una RMM de más de 140 muertes maternas por cada 100 000 nacidos vivos (un número que duplica el de la meta mundial).

Finalmente, los países del área andina requieren establecer de manera prioritaria una estrategia para disminuir la mortalidad materna evitable para los próximos años, para propiciar la tendencia de reducción. Lo anterior requiere un compromiso de los gobiernos y actores estratégicos para garantizar la asignación de recursos a pesar de los otros problemas globales actuales, como el cambio climático, las emergencias humanitarias y los efectos pospandemia por la COVID- 19 (6) que también requieren acción.



COMPORTAMIENTO DE LA MORTALIDAD MATERNA EN PAÍSES DEL ÁREA ANDINA Y CHILE DE ACUERDO CON EL NÚMERO DE MUERTES MATERNAS POR PAÍSES DE LA REGIÓN DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE, 2015-2020

Comportamiento de la mortalidad materna en la región de América Latina y el Caribe, 2015-2020

En el periodo 2015-2020 se identificaron 47542 muertes de mujeres durante la gestación, parto y hasta los 42 días postparto para la región de América Latina y el Caribe (ALC), a partir del informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS) "Tendencias de la mortalidad materna de 2000 a 2020"(8), con información para 32 países de ALC. El promedio anual fue de 7924 muertes y el porcentaje de reducción del número de muertes entre 2015 y 2019 fue del 2,5 %; es decir, 198 muertes menos que las informadas en 2015. Sin embargo, se presentó un incremento del 6 % entre 2015 y 2020, y del 8,7 % entre 2019 y 2020, pasando de 7737 a 8407 (Tabla 1).

Tabla 1 Número de muertes maternas identificadas para América Latina y el Caribe, 2015-2020

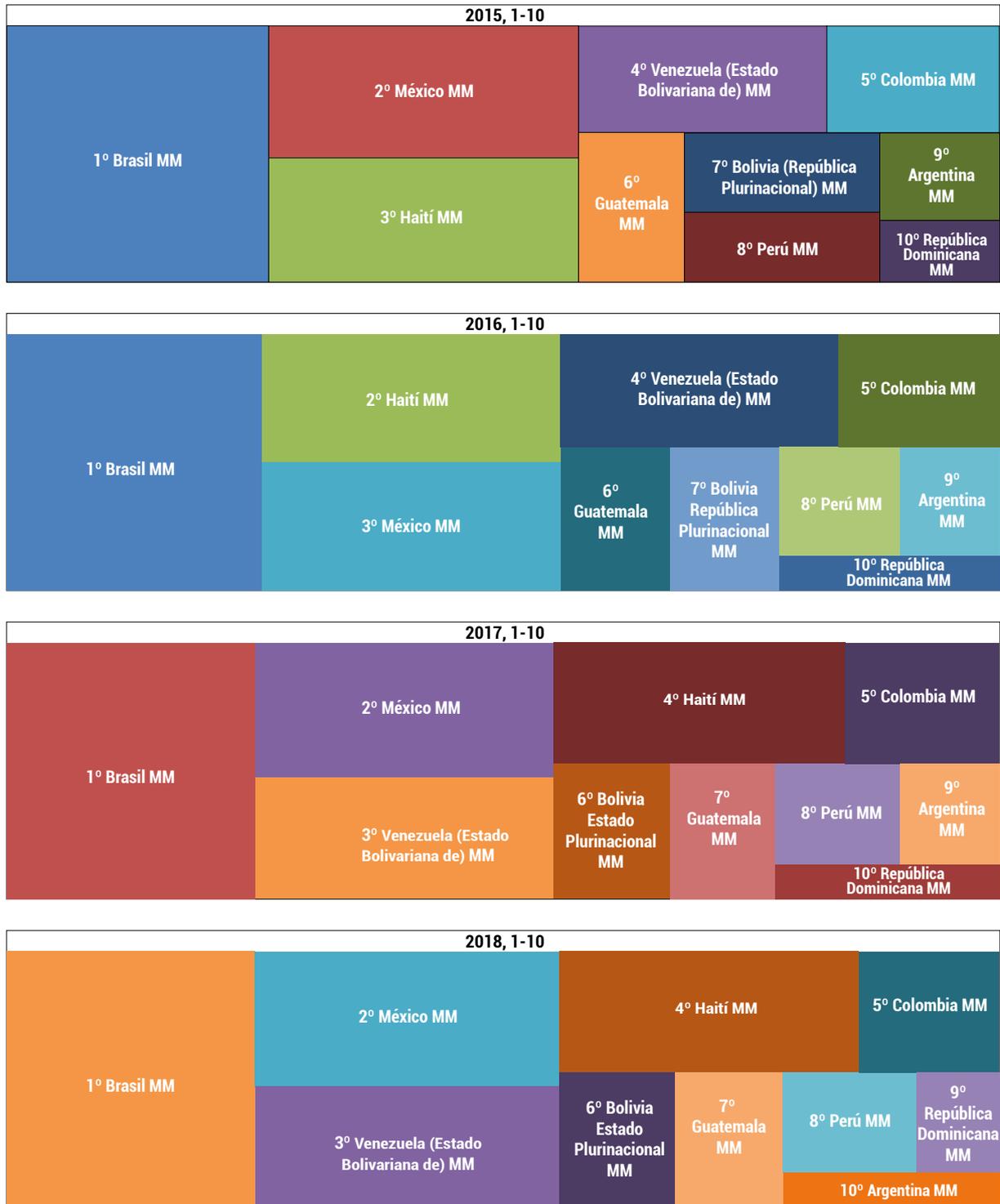
Año	2015	2016	2017	2018	2019	2020
N° países con datos de MM	32	32	32	32	32	32
Número muertes maternas LAC	7935	7852	7817	7794	7737	8407

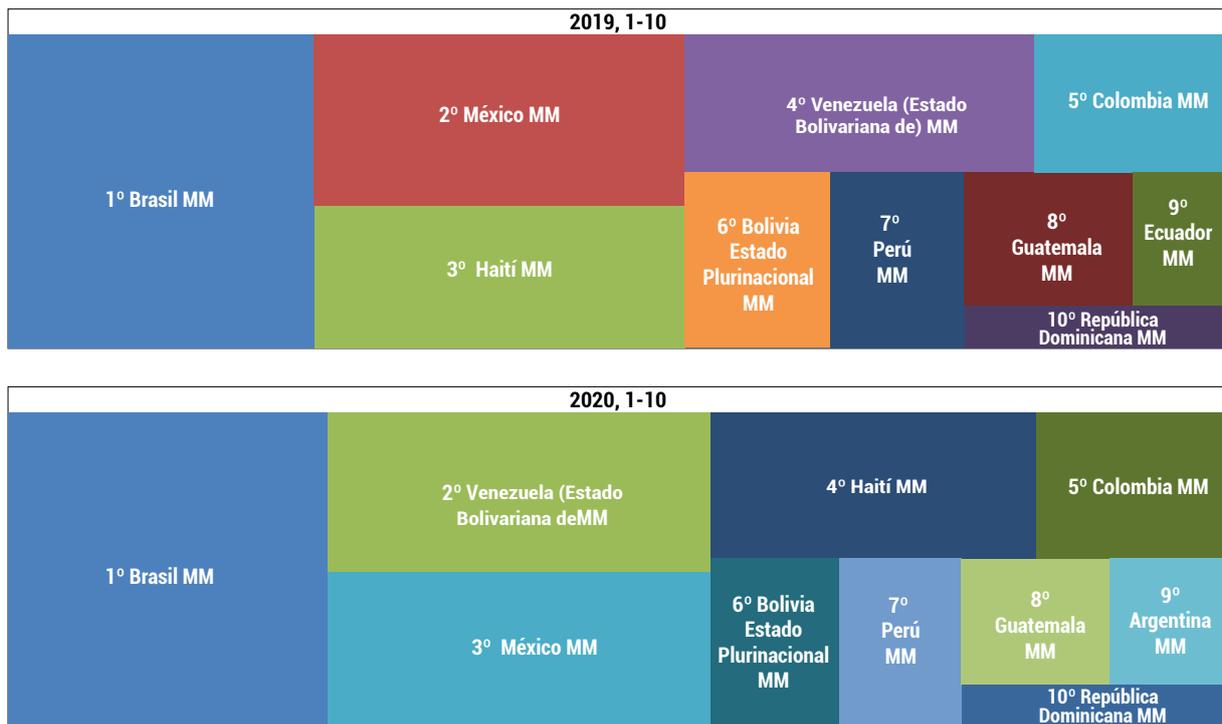
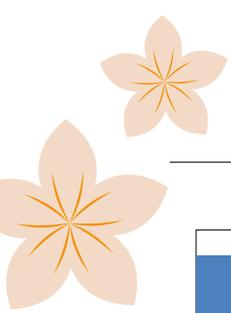
Fuente: Elaboración propia a partir de la consulta de "Tendencias de la mortalidad materna de 2000 a 2020", OMS.

Contribución de los países miembros del Área Andina y Chile a la mortalidad materna en la región de América Latina y el Caribe, 2015-2020

A continuación se presenta la contribución de países miembros del Área Andina y Chile a la mortalidad materna en la región de América Latina y el Caribe (1.er-10.º lugar en ALC), para los años 2015, 2016, 2017, 2018, 2019 y 2020, del grupo de seis (6) países que oscilaron entre el 2.º y 19.º puesto de los 32 países de ALC para los que se estimó la mortalidad materna (Gráfico 1).

Gráfico 1 Contribución de los países del Área Andina y Chile a la mortalidad materna en la región de América Latina y el Caribe, 2015-2020





Fuente: Elaboración propia a partir de la consulta de "Tendencias de la mortalidad materna de 2000 a 2020", OMS.

Muertes maternas de los países del Área Andina y Chile durante el periodo, 2015-2020

En el periodo 2015-2020 se identificaron 15064 muertes de mujeres durante la gestación, el parto y hasta los 42 días postparto para los países miembros del Área Andina y Chile, a partir de las fuentes consultadas. El promedio anual fue de 2511 muertes (Tabla 2, Gráfico 2).

El porcentaje de incremento del número de muertes entre 2015 y 2019 fue del 8,6 %; es decir, 197 muertes más que las informadas en 2015. Los países con aumento en el número de muertes maternas para este periodo fueron Venezuela (18,8 %), Perú (13 %), Ecuador (10 %) y Bolivia (6,5 %), mientras que Chile (13 %) y Colombia (7 %) presentaron una disminución en el número de muertes maternas.

El porcentaje de incremento del número de muertes entre 2015 y 2020 fue del 22,4 %; es decir, 515 muertes más que las informadas en 2015. Venezuela (63,7 %), Perú (8 %) y Colombia (6,4 %) presentaron un incremento en el número de muertes maternas para este periodo. Sin embargo, Chile (10,5 %), Bolivia (2,5 %) y Ecuador (1,5 %) presentaron una reducción en el número de muertes maternas.

En el periodo 2019 a 2020 se identificó nuevamente un aumento en el número de muertes maternas pasando de 2498 en 2019 a 2816 en 2020 (12,7 %). Lo anterior coincide con el pico epidémico por la COVID-19 en 2020. Los países con aumento en el número de muertes maternas fueron Venezuela (37,7 %), Colombia (14,2 %) y Chile (3,0 %), mientras que Ecuador (10,9 %), Bolivia (8,4 %) y Perú (4,5 %) presentaron una reducción en el número de muertes maternas para este periodo.



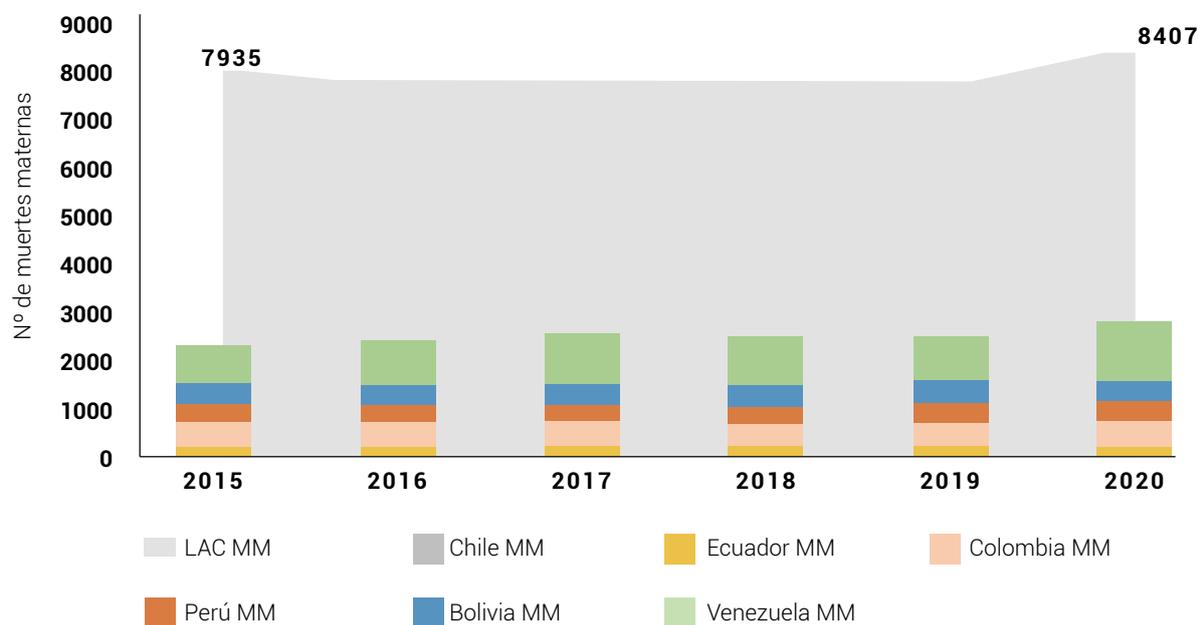
Tabla 2 Número de muertes maternas identificadas para los países miembros del Área Andina y Chile, 2015-2020

País	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Total	% Aumento o reducción 2015 - 2020	% Aumento o reducción 2019 - 2020	% Aumento o reducción 2019 - 2020
Chile	38	34	33	34	33	34	206	13,2	10,5	-3,0
Ecuador	200	209	206	213	221	197	1246	-10,5	1,5	10,9
Colombia	515	512	519	460	480	548	3034	6,8	-6,4	-14,2
Perú	376	355	350	363	425	406	2275	-13,0	-8,0	4,5
Bolivia	434	423	431	451	462	423	2624	-6,5	2,5	8,4
Venezuela	738	878	1002	976	877	1208	5679	-18,8	-63,7	-37,7
Total	2301	2411	2541	2497	2498	2816	15 064	-8,6	-22,4	-12,7

Fuente: Elaboración propia a partir de la consulta de "Tendencias de la mortalidad materna de 2000 a 2020", OMS.

*Los valores negativos y en rojo y naranja corresponden a un aumento en el n.º de MM, los valores positivos y en verde corresponden a una reducción en el n.º de MM.

Gráfico 2 Número de muertes maternas para los países miembros del Área Andina y Chile, 2015-2020



Fuente: Elaboración propia a partir de la consulta de "Tendencias de la mortalidad materna de 2000 a 2020", OMS.

Razón de mortalidad materna por 100 000 nacidos vivos, para los 6 países miembro del Área Andina y Chile, 2015-2020

Se estimó la razón de mortalidad materna (RMM) para 6 países del Área Andina y Chile, para el período de 2015 a 2020 (Tabla 3).

Al comparar la RMM entre el 2015 y el 2019, se presentó un aumento de la RMM en 2019 en Ecuador, Perú, Bolivia y Venezuela comparado con 2015, mientras que se presentó una disminución de la RMM en 2019 en Colombia y Chile comparado con 2015.

Para el periodo entre 2015 a 2020, los países con aumento en la RMM fueron Venezuela (105,6 %), Colombia (7,1 %) y Perú (6,2 %). Hubo una disminución de la RMM en Chile (6,3 %) y Bolivia (2,4 %). Finalmente en Ecuador fue igual en 2015 y 2020.

Al comparar el indicador de RMM antes y durante la pandemia por COVID- 19 se encontró aumento de la RMM en 2020 comparado con 2019 en Venezuela (46,3 %) y Colombia (15,4 %), mientras que en Ecuador (10,8 %), Bolivia (8,5 %) y Perú (4,2 %) se presentó una disminución en la RMM en 2020 comparado con 2019. Finalmente en Chile la RMM fue igual para 2019 y 2020.

De acuerdo con los datos oficiales de Ecuador del número de muertes maternas y la RMM para el periodo 2015 y 2020, se observan diferencias tanto en el número de muertes maternas y la RMM con los datos de las estimaciones de la OMS. El promedio de muertes maternas por año a partir de datos del país entre 2015 y 2020 fue de 146, aun cuando por estimaciones de la OMS fue de 208. La RMM promedio para este mismo periodo fue de 43 por cada 100 000 mil nacidos vivos; en cambio la RMM promedio a partir de las estimaciones de la OMS fue de 69.

Al revisar y comparar los datos del número de muertes maternas para el año 2020 se identifica una diferencia de 17 muertes más en las estimaciones de la OMS frente a las informadas por país. Sin embargo, el total de muertes estimadas en 2020 por OMS es menor a las estimadas para 2019.

Tabla 3 Razón de mortalidad materna por 100 000 nacidos vivos, para los países miembro del Área Andina y Chile, 2015-2020

País	2015 RMM IC 80% Estimada OMS	2016 RMM IC 80% Estimada OMS	2017 RMM IC 80% Estimada OMS	2018 RMM IC 80% Estimada OMS	2019 RMM IC 80% Estimada OMS	2020 RMM IC 80% Estimada OMS	Tendencia 2015 - 2020	Observación
Chile	16 (15 - 18)	15 (14 - 17)	15 (13 - 16)	15 (14 - 17)	15 (13 - 16)	15 (13 - 17)		Leve disminución
Ecuador	66 (60 - 73)	70 (63 - 77)	69 (62 - 77)	71 (64 - 80)	74 (66 - 84)	66 (52 - 86)		Igual
Colombia	70 (64 - 79)	70 (64 - 80)	71 (65 - 81)	63 (56 - 72)	65 (58 - 75)	75 (65 - 86)		Aumento
Perú	65 (62 - 68)	62 (59 - 64)	61 (58 - 63)	63 (60 - 65)	72 (69 - 75)	69 (59 - 80)		Aumento
Bolivia (Estado Plurinacional)	165 (124 - 231)	161 (120 - 229)	164 (121 - 236)	171 (124 - 249)	176 (126 - 259)	161 (103 - 271)		Leve disminución
Venezuela (República Bolivariana de)	126 (104 - 155)	150 (121 - 194)	175 (138 - 232)	179 (138 - 247)	177 (133 - 251)	259 (191 - 381)		Aumento

Fuente: Elaboración propia a partir de la consulta de "Tendencias de la mortalidad materna de 2000 a 2020", OMS.

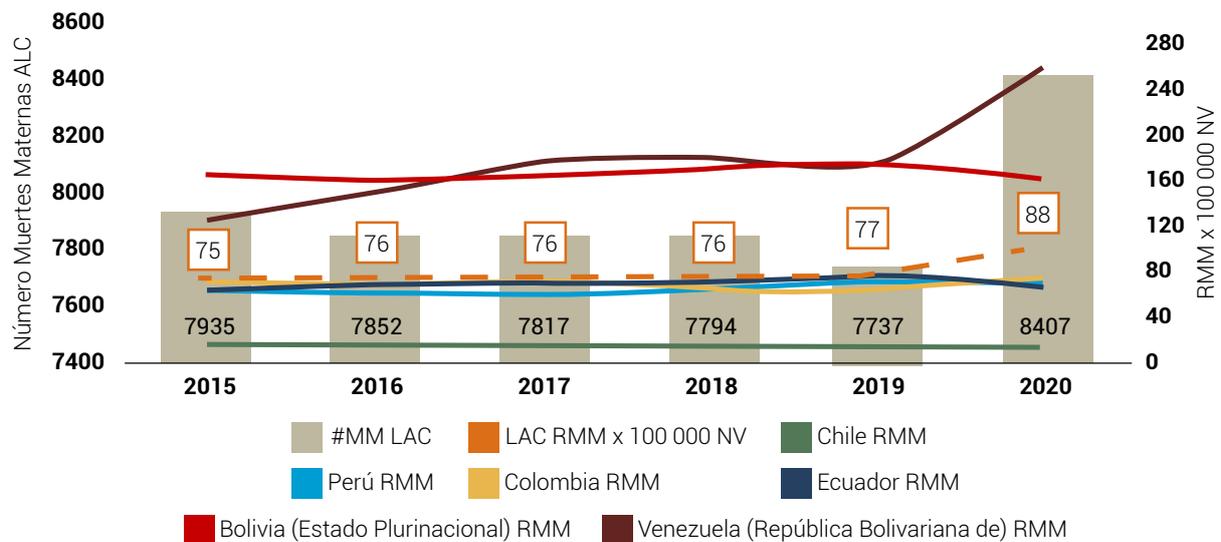
Comparación de la razón de mortalidad materna para los países miembro del Área Andina y Chile versus el comportamiento de la mortalidad materna en ALC, 2015-2020

El comportamiento de la razón de mortalidad materna calculada para América Latina y el Caribe a partir de las estimaciones de la OMS muestra que para 2015 fue de 75 por cada 100 000 nacidos vivos. Esta presentó un incremento sostenido en el período 2016-2018, y también incrementó para 2019 y para 2020.

El porcentaje de incremento general para el periodo de 2015 a 2019 fue del 3 %.

Entre 2015 y 2020, con datos estimados para ALC, se observa un incremento en la RMM del 17,3 %, pasando de una RMM de 75 por cada 100 000 mil nacidos vivos en 2015 a una RMM de 88 por cada 100 000 mil nacidos vivos con un intervalo de confianza (IC) del 80 % (79-99) en 2020. Este comportamiento fue similar para Colombia, Perú y Venezuela, mientras que para Chile y Bolivia la RMM se redujo. Finalmente en Ecuador la RMM fue igual para 2015 y 2020 (Gráfico 3).

Gráfico 3 Comparación de la razón de mortalidad materna para los países miembro del Área Andina y Chile versus el comportamiento de la mortalidad en ALC, 2015-2020



Fuente: Elaboración propia a partir de la consulta "Tendencias de la mortalidad materna de 2000 a 2020", OMS



Estimaciones del cumplimiento de la meta de reducción de la mortalidad materna para los países miembros del Área Andina y Chile, 2015-2020

De los 6 países estudiados, 2 países (Chile y Bolivia) presentaron leve porcentaje de reducción general de la razón de mortalidad, 3 países (Ecuador, Colombia y Venezuela) presentaron un aumento general y 1 país (Perú) permaneció igual sin reducción o aumento. Sin embargo, estos resultados deben ser evaluados teniendo en cuenta los respectivos intervalos de confianza (IC) de la RMM, ya que cuando los IC son más amplios se aumenta el nivel de incertidumbre de los datos. Este es el caso de Bolivia, donde los IC son amplios para cada uno de los años del periodo observado, y para 2020 fue aún más amplio comparado con los años anteriores. La RMM promedio de Bolivia para este periodo fue de 166 por 100 000 mil nacidos vivos. Además, los resultados deben analizarse teniendo en cuenta los efectos y las medidas por la COVID-19 en 2020. Considerando el cambio porcentual anual promedio y la meta de reducción del 5,5 % en la mortalidad materna, se puede inferir que ningún país la cumple.

En el período 2015-2020 ningún país la cumplió. Chile presentó un cambio porcentual del 1,3 % por debajo de la meta de reducción del 5,5%. Venezuela (14,4 %), Colombia (1,4 %), Perú (1,2 %) y Bolivia (0,5 %) presentaron un aumento porcentual en la RMM en el periodo. Finalmente, Ecuador permaneció igual (0 %).

En el periodo 2015-2019 ninguno de los seis países tampoco la cumplió. Colombia presentó un cambio porcentual del 1,9 % y Chile del 1,6 % por debajo de la meta de reducción del 5,5 %. Por su parte, Venezuela (8,5 %), Ecuador (2,9 %), Perú (2,6 %) y Bolivia (1,6 %) presentaron un aumento porcentual en la RMM en el periodo.

En el período 2019-2020, dos países la cumplieron. Los países con el porcentaje más cercano a la meta fueron Ecuador (11,4 %) y Bolivia (8,9 %), con un cambio porcentual por encima de lo esperado. Perú (4,3 %) tuvo un cambio porcentual cercano a la meta. En contraste, Venezuela (38,1 %) y Colombia (14,3 %) presentaron un aumento porcentual en la RMM en el periodo. Finalmente, Chile (0 %) permaneció igual (Tabla 4).

Tabla 4 Porcentaje de reducción de la RMM en 2015-2020 y cambio porcentual anual promedio para los países miembros del Área Andina y Chile

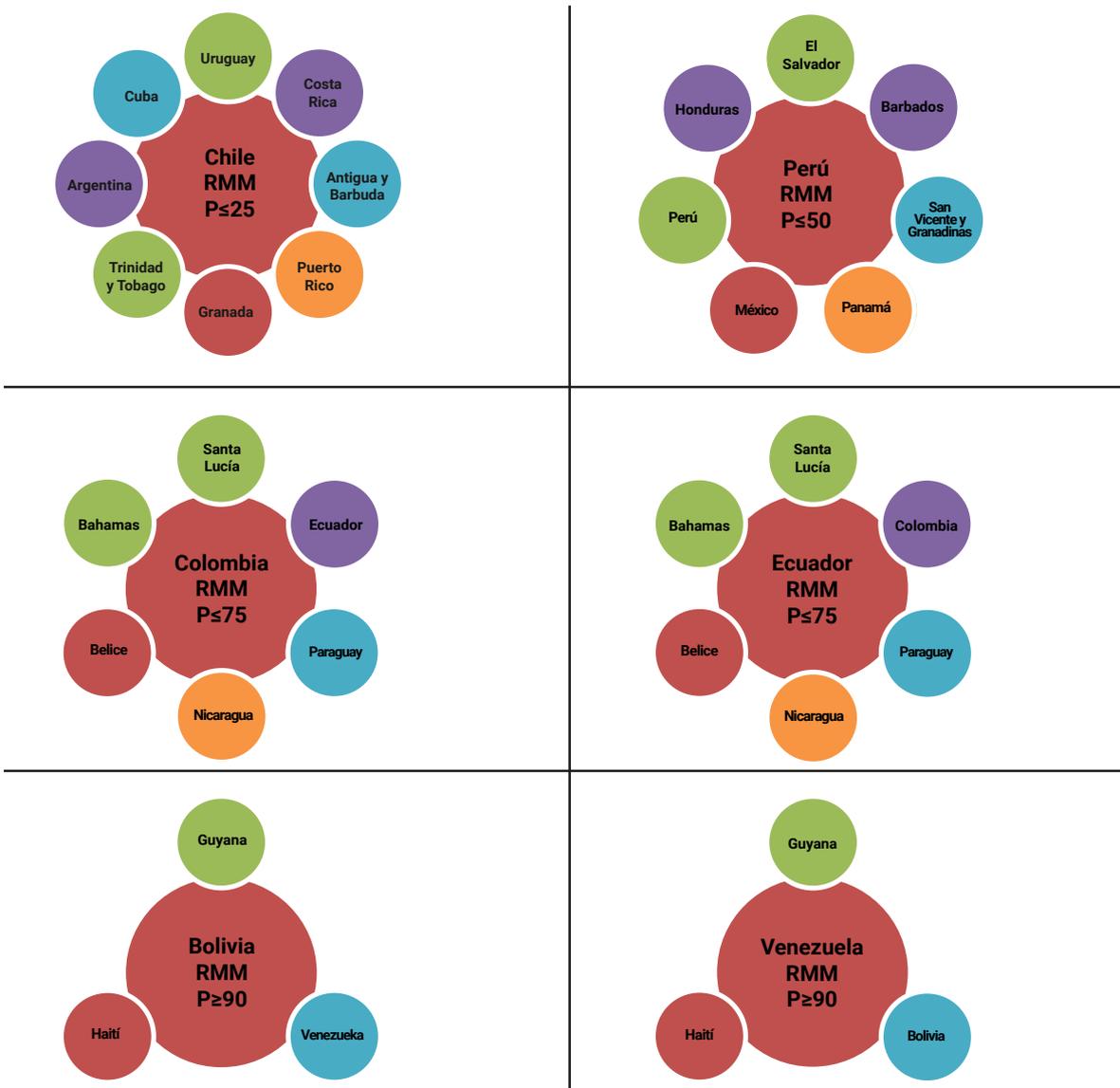
País	RMM promedio 2015-2020	% reducción general entre 2015-2020	Cambio porcentual anual promedio 2015-2020	Cambio porcentual anual promedio 2015-2019	Cambio porcentual anual promedio 2019-2020	Percentil RMM promedio
Chile RMM	15	6,3	1,3	1,6	0,0	P ≤ 25
Perú RMM	65	-6,2	-1,2	-2,6	4,3	P ≤ 50
Colombia RMM	69	-7,1	-1,4	1,9	-14,3	P ≤ 75
Ecuador RMM	69	0,0	0,0	-2,9	11,4	
Bolivia RMM	166	2,4	0,5	-1,6	8,9	P ≤ 90
Venezuela RMM	178	-105,6	-14,4	-8,5	-38,1	

Fuente: Elaboración propia a partir de la consulta "Tendencias de la mortalidad materna de 2000 a 2020", OMS

Los países del Área Andina y Chile se agruparon por percentiles con relación a la RMM promedio de cada uno en el periodo 2015-2020. Chile se ubicó por debajo del percentil 25 (9 países: Chile, Uruguay, Costa Rica, Puerto Rico, Antigua y Barbuda, Granada, Trinidad y Tobago, Argentina y Cuba); es decir, con la RMM promedio más baja entre 15-40 por cada 100 000 nacidos vivos. Perú entre el percentil 25 y 50 (8 países: El Salvador, Barbados, San Vicente y Granadinas, Panamá, México, Brasil, Perú y Honduras) con una RMM promedio entre 43-66 por cada 100 000 nacidos vivos. Ecuador y Colombia entre el percentil mayor a 50 y 75 (7 países: Santa Lucía, Colombia, Ecuador, Paraguay, Nicaragua, Belice y Bahamas) con una RMM promedio entre 69-79 por cada 100 000 nacidos vivos. Entre el percentil mayor a 75 y 90 (4 países: Jamaica, Guatemala, Suriname y República Dominicana) con una RMM promedio entre 97-104 por cada 100 000 nacidos. Finalmente, Bolivia y Venezuela por encima del percentil 90 (4 países: Guyana, Bolivia, Venezuela y Haití), con la RMM promedio más alta en el periodo 2015-2020, entre 166-365 por cada 100 000 nacidos vivos (Gráfico 4).

Además, las estimaciones realizadas indican que para el periodo 2015-2019 se presentó un aumento en la RMM promedio en Perú, Ecuador, Bolivia y Venezuela. Al comparar 2015 con 2020, se encontró un aumento en la RMM en Perú, Colombia y Venezuela. Finalmente al comparar 2019 con 2020, se presentó un aumento en la RMM en Colombia y Venezuela (Gráfico 4).

Gráfico 4 Percentil de cada país miembro del Área Andina y Chile con base en la RMM en relación con la RMM de los países de la región de ALC que se encuentran en el mismo percentil, 2015-2020

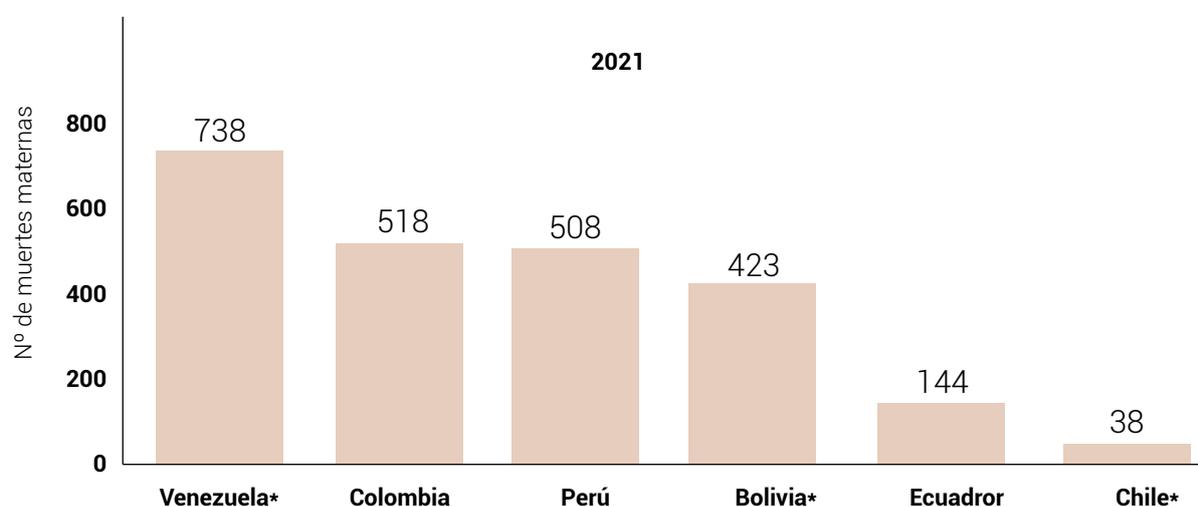


Fuente: Elaboración propia a partir de la consulta "Tendencias de la mortalidad materna de 2000 a 2020", OMS

SITUACIÓN DE LA MORTALIDAD MATERNA PARA LOS PAÍSES MIEMBRO DEL ÁREA ANDINA: BOLIVIA, COLOMBIA, ECUADOR, PERÚ Y VENEZUELA Y CHILE- 2021

Para el año 2021 (Gráfico 5), se identificaron 2369 muertes maternas para los países miembros del Área Andina y Chile a partir de la información disponible de 3 países (Colombia, Ecuador y Perú) y de la estimación para 3 países (Bolivia, Venezuela y Chile) con base en los valores de 2020.

Gráfico 5 Número de muertes maternas para los países miembros del Área Andina y Chile, 2021



Fuente: Elaboración propia a partir de las consultas a fuentes oficiales disponibles de cada país.
*Estimaciones con base en los valores de 2020.

Con los datos de estimaciones de los tres países, la distribución de los porcentajes de muertes maternas por país miembro del Área Andina y Chile para el año 2021 sería la siguiente: Venezuela 7,9 %, Colombia 5,6 %, Perú 5,4 %, Bolivia 4,5 %, Ecuador 1,5 % y Chile 0,4 %. Esta distribución se compara con los porcentajes de muertes maternas para el total de países de ALC con datos disponibles para 2021 (Gráfico 6).

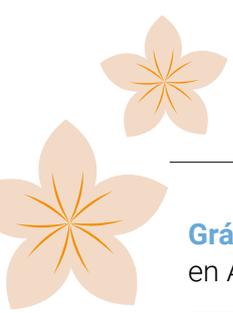
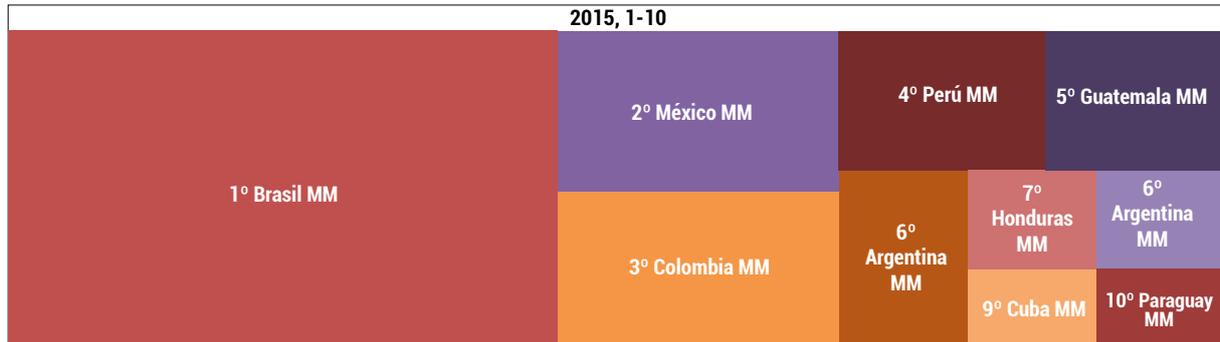


Gráfico 6 Contribución de los países miembros del Área Andina y Chile a la mortalidad materna en América Latina y el Caribe, 2021



Fuente: Elaboración propia a partir de las consultas a fuentes oficiales de cada país.

Análisis de la RMM países miembros del Área Andina y Chile-2021

El comportamiento de la razón de mortalidad materna para los tres países con datos disponibles y tres países con datos de estimaciones en 2021 permitió identificar dos países con RMM por encima de 100 muertes por cada 100 000 mil nacidos vivos. Venezuela presentó la RMM más alta de 259 por cada 100 000 nacidos vivos, seguido de Bolivia con una RMM de 161 por cada 100 000 nacidos vivos. La pandemia por COVID-19 tuvo un importante impacto en el comportamiento de la mortalidad materna de toda la región.

Venezuela reportó el mayor número de muertes maternas para este año (n=738) con relación a los tres países con datos disponibles y tres países con estimaciones del Área Andina y Chile. Esto representó una RMM de 259 por cada 100 000 nacidos vivos.

Entre los países con la RMM más baja, los tres países con datos disponibles y tres países con datos de estimaciones fueron Chile con una RMM de 15 por cada 100 000 nacidos vivos, Ecuador con una RMM de 44 por cada 100 000 nacidos vivos, Colombia con una RMM de 84 por cada 100 000 nacidos vivos y Perú con una RMM de 86 por cada 100 000 nacidos vivos (Tabla 5 y Gráfico 7).

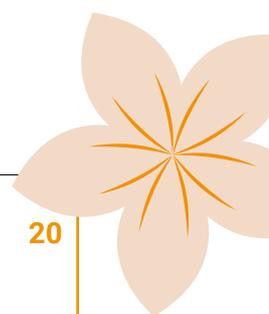
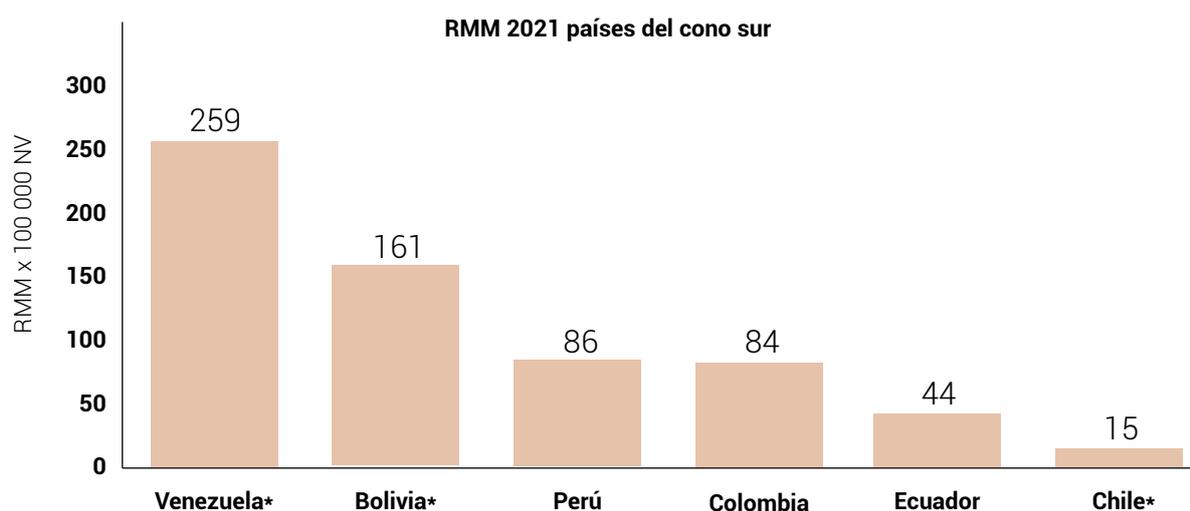


Tabla 5 Razón de mortalidad materna por 100 000 nacidos vivos para los países miembros del Área Andina y Chile, 2021

País	N° muertes maternas 2021	RMM x 100 000 NV 2021	IC 95 %
Venezuela*	738	259	(191-381)
Bolivia*	423	161	(103-272)
Perú	508	86	(78,4-93,3)
Colombia	518	84	(77,0-91,5)
Ecuador	144	44	(40,9-56,69)
Chile*	38	15	(13-17)

Fuente: Elaboración propia a partir de las consultas a fuentes oficiales de cada país.
*Datos de estimaciones con base en 2020.

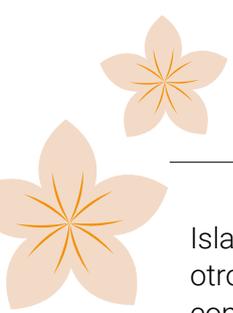
Gráfico 7 Razón de mortalidad materna por 100 000 nacidos vivos para los países miembros del Área Andina y Chile, 2021



Fuente: Elaboración propia a partir de las consultas a fuentes oficiales de cada país.
*Datos de estimaciones con base en 2020.

Análisis de la RMM países de ALC, 2021

El comportamiento de la razón de mortalidad materna en ALC para 2021 se basa en los datos de muertes maternas de 30 países. De estos, 26 países cuentan con datos disponibles en fuentes oficiales para ese año (Surinam, Jamaica, Cuba, Belice, Guyana, Guatemala, Paraguay, Brasil, República Dominicana, Honduras, Perú, Colombia, Argentina, Panamá, Uruguay, México, San Vicente y Granadinas, Trinidad y Tobago, Ecuador, Costa Rica, Nicaragua, Islas Turcas y Caicos,



Islas Vírgenes (Británicas), Islas Vírgenes (EUA), San Cristóbal y Nieves, El Salvador). Para los otros cuatro países se tomaron los datos de estimaciones de la OMS para 2020, asumiendo un comportamiento similar en 2021 (Chile, Bolivia, Venezuela, Haití).

En el escenario descrito anteriormente, se identificarían un total de 9325 muertes en ALC y una RMM de 95 por cada 100 000 nacidos vivos. 10 países tendrían una RMM por encima de 95 muertes por cada 100 000 nacidos vivos, siendo Suriname el país con la RMM más alta de 270 por cada 100 000 nacidos vivos, seguido de Jamaica con una RMM de 244 por cada 100 000 nacidos vivos. En tercer lugar está Cuba con una RMM de 177 por cada 100 000 nacidos vivos, en cuarto lugar está Belice con una RMM de 153 por cada 100 000 nacidos vivos y en quinto lugar está Guyana con una RMM de 134 por cada 100 000 nacidos vivos. Luego, en sexto lugar está Guatemala con 123 por cada 100 000 nacidos vivos, en séptimo lugar está Paraguay con 120 por cada 100 000 nacidos vivos, en octavo lugar está Brasil con 117 por cada 100 000 nacidos vivos, en noveno lugar República Dominicana con 106 por cada 100 000 nacidos vivos y Honduras con 101 por cada 100 000 nacidos vivos.

La pandemia por COVID-19 tuvo un gran impacto en el comportamiento de la mortalidad materna de toda la región y en especial en países pequeños de ALC, como Cuba. Allí la RMM de mortalidad fue cuatro veces más alta teniendo en cuenta el promedio de la RMM de los seis años anteriores de acuerdo con las estimaciones de la OMS.

De los países miembros del Área Andina y Chile por encima de la RMM estimada para ALC están Venezuela y Bolivia. Venezuela tuvo una RMM de 259 por 100 000 nacidos vivos y reportó el mayor número de muertes maternas para este año ($n=738$). Bolivia tuvo una RMM de 161 por 100 000 nacidos vivos. Por su parte, Colombia, Ecuador, Perú y Chile estarían por debajo de la RMM de LAC.

Los países con la RMM más baja fueron Nicaragua, con una RMM de 26 por cada 100 000 nacidos vivos, y Costa Rica, con una RMM de 41 por cada 100 000 nacidos vivos (Tabla 6).

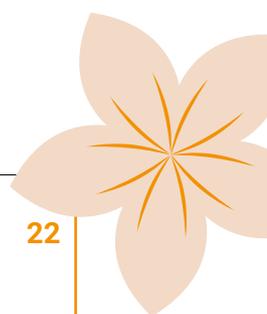


Tabla 6 Razón de mortalidad materna por 100 000 nacidos vivos para los países de América Latina y el Caribe, 2021

País	N° muertes maternas 2021	RMM x 100 000 NV 2021	IC 95 %
Suriname	30	270	(189,4-385,6)
Jamaica	81	244	(196,4-303,1)
Cuba	175	177	(152,3-204,7)
Belice	11	153	(85,3-273,4)
Guyana	22	134	(88,6-203)
Guatemala	441	128	(116,4-140,3)
Paraguay	166	120	(103-139,6)
Brasil	3030	117	(113,2-121,3)
República Dominicana	218	106	(93,0-121,4)
Honduras	218	101	(88,1-114,9)
Perú	508	86	(78,4-93,3)
Colombia	518	84	(77,0-91,5)
Argentina	393	74	(67,2-81,8)
Panamá	42	63	(46,7-85,3)
Uruguay	20	56	(36,0-86,0)
México	1028	54	(50,5-57,1)
San Vicente y Granadinas	1	48	(8,4-269,2)
Trinidad y Tobago	8	45	(22,7-88,6)
Ecuador	144	44	(40,9-56,69)
Costa Rica	22	41	(26,7-61,3)
Nicaragua	37	26	(19,0-36,2)
Islas Turcas y Caicos	0	0	N/A
Islas Vírgenes (Británicas)	0	0	N/A
Islas Vírgenes (EUA)	0	0	N/A
San Cristóbal y Nieves	0	0	N/A
El Salvador	63	62,8	(49,03 - 80,23)
Chile*	38	15	(13-17)
Bolivia*	423	161	(103-272)
Venezuela*	738	259	(191-381)
Haití*	950	350	(239-550)
ALC	9325	95	(92,9-96,8)

Fuente: Fuente: Elaboración propia a partir de las consultas a fuentes oficiales de cada país.
*Datos 2020 a partir de estimaciones de la OMS.

ANÁLISIS DE LA MORTALIDAD MATERNA POR VARIABLES DE INTERÉS

A continuación se presenta la información de la situación de la mortalidad materna de forma desagregada de acuerdo con la variable de causas de muerte de las mujeres fallecidas para los países miembros del Área Andina y Chile. Esta información se basa en datos oficiales disponibles, con el nivel de desagregación definido para el periodo 2015-2021.

Muertes maternas por tipo de causas (directas e indirectas)

Se agruparon las causas obstétricas indirectas y directas (reportadas en anuarios, informes o boletines estadísticos y epidemiológicos oficiales de los países) en el periodo 2015-2021 para diez países (México, Paraguay, Brasil, Guatemala, Argentina, Honduras, Cuba, Nicaragua, Colombia y Costa Rica) de la región de ALC que concentran el 61 % de todas las muertes. A partir de esto, se identificó que el peso de las causas directas en el periodo de 2015 a 2021 representó el 65 % y las indirectas el 35 %.

Para los países miembros del Área Andina (Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela) y Chile que concentran el 32 % de las muertes maternas de ALC, se identificó que en Colombia, país con datos disponibles para el periodo 2019 a 2021, se concentran el 6 % de todas las muertes. Además, el peso de las causas directas representó el 57 % y el de las indirectas el 43 % (Gráfico 8).

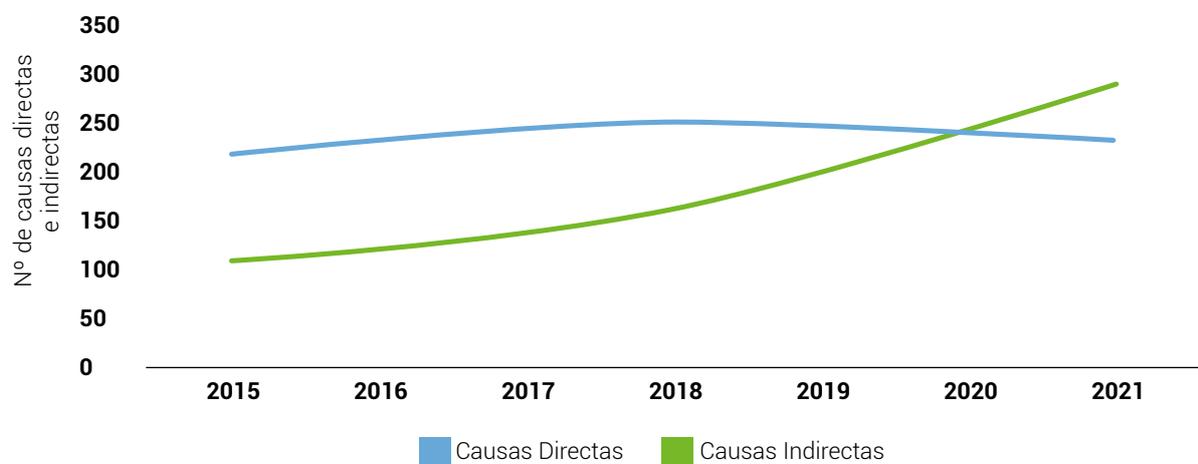
Gráfico 8 Peso porcentual de las causas obstétricas directas e indirectas en Colombia, 2019-2021



Fuente: Elaboración propia a partir de la consulta de las fuentes de información de país descritas en la metodología.

En este contexto de ALC, el comportamiento para Colombia fue el siguiente: el peso de las causas obstétricas directas fue variable con el porcentaje más alto en 2019 con el 67 %. El número promedió de las causas directas fue de 235 y el de las indirectas 136. Las causas directas presentaron un importante aumento en 2020. Sin embargo, en 2021 hubo una leve disminución. Las causas indirectas presentaron un importante aumento a partir de 2020 (Gráfico 9).

Gráfico 9 Tendencia de las causas de muerte materna directas e indirectas en Colombia, 2019-2021



Fuente: Elaboración propia a partir de la consulta de las fuentes de información de país (ver Tabla 1)

Para Ecuador, Bolivia, Perú, Venezuela y Chile no se disponían de datos de muertes maternas desagregados por causas (directas e indirectas).

En Colombia, el peso porcentual de las muertes maternas por COVID-19 en 2020 frente al resto de causas fue del 19 %. El peso de las causas directas fue del 61 % y el de las indirectas del 39 %. En 2021, el peso porcentual de las muertes maternas por COVID-19 fue del 30 % frente al resto de causas. En dicho año, las causas indirectas representaron el 56 %, en comparación con el 44 % de las causas directas (Gráfico 10).

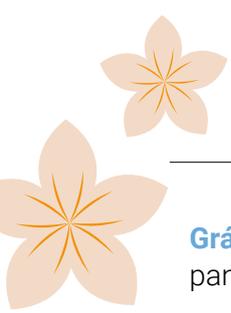
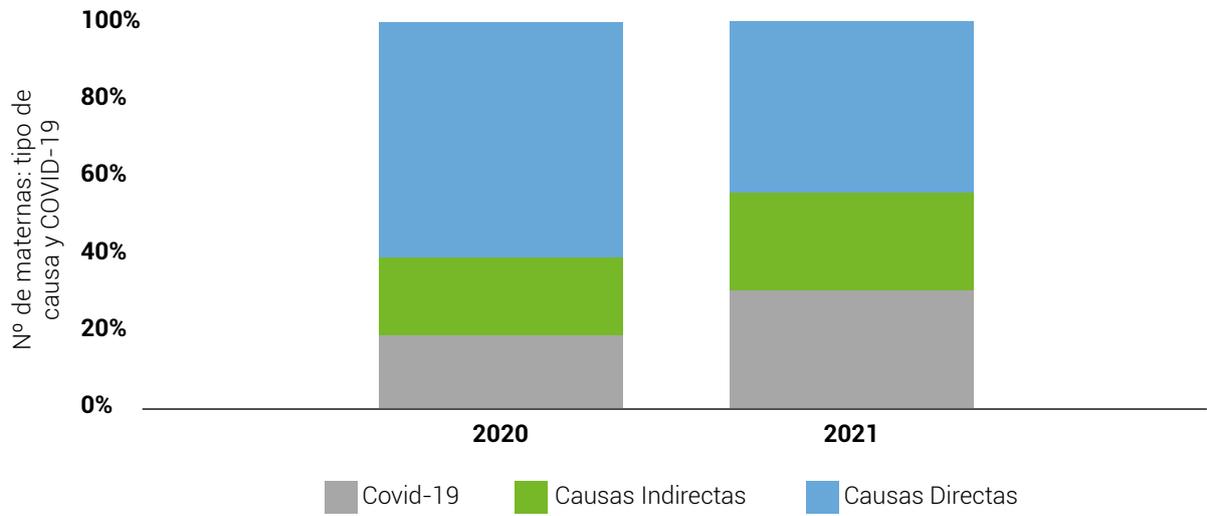


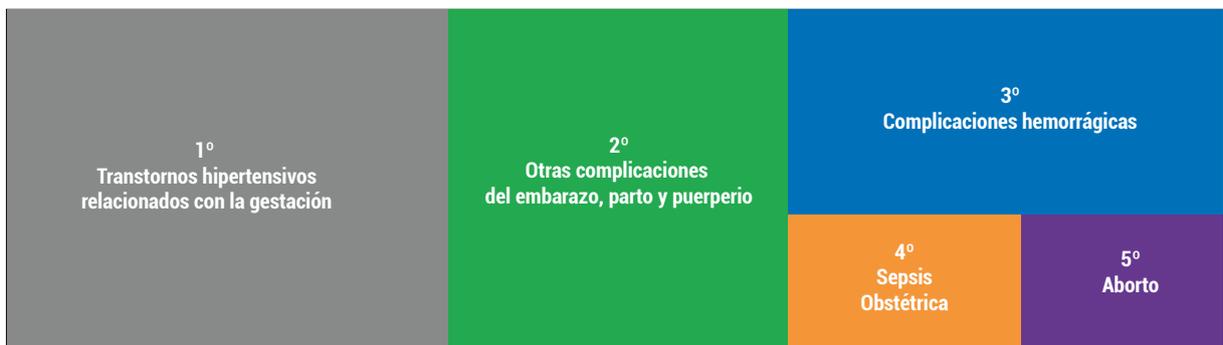
Gráfico 10 Peso porcentual de las muertes maternas debidas a SARS-CoV-2 en el marco de la pandemia por COVID-19. Colombia, 2020–2021



Fuente: Elaboración propia a partir de la consulta de las fuentes de información de país (ver Tabla 1)

Para el período 2020-2021 las principales causas obstétricas directas descritas para Colombia, país miembro del Área Andina, evidencian que el mayor porcentaje de muertes maternas se debió a trastornos hipertensivos relacionados con la gestación. Estas causas concentran el 36,3 %. Le siguen otras complicaciones relacionadas con el embarazo, parto y puerperio, de las cuales la mayoría son prevenibles y evitables mediante la implementación de buenas prácticas en el acceso y la calidad en la atención prenatal, la atención del parto y el postparto, representando el 27,6 %. Luego, las complicaciones hemorrágicas constituyen el 21,7 % y, por último, la sepsis obstétrica con el 7,6 % y el aborto con el 6,7 % (Gráfico 11, Tabla 7).

Gráfico 11 Principales causas obstétricas directas de muerte materna en Colombia, país miembro del Área Andina, 2020-2021



Fuente: Elaboración propia a partir de la consulta de las fuentes de información de país (Ver Tabla 1)

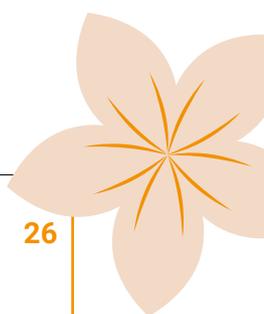


Tabla 7 Principales causas obstétricas directas de las muertes maternas en Colombia, país miembro del Área Andina, 2019-2021

País	Año	Complicaciones hemorrágicas	Trastornos hipertensivos relacionados con la gestación	Sepsis obstétricas	Aborto	Otras complicaciones del embarazo, parto y puerperio
Colombia	2019	19%	37%	8%	7%	28%
	2020	22%	35%	8%	8%	28%
	2021	24%	38%	7%	5%	28%

Fuente: Elaboración propia a partir de la consulta de las fuentes de información de país descritas en la metodología.

Mortalidad materna e indicadores de acceso y cobertura de salud materna para países miembros del Área Andina y Chile

Porcentaje acceso al cuidado prenatal desde el primer trimestre de la gestación

El indicador de porcentaje de acceso a la atención prenatal desde el primer trimestre (PT) de la gestación hace referencia al comportamiento de mujeres embarazadas que han recibido atención de salud, provista por profesionales de salud, desde el primer trimestre del embarazo. Se expresa como porcentaje del total de nacidos vivos, para un año dado. Los países donde se identificó porcentajes promedio en el periodo de 2015 a 2020 del 80 % o más (celdas azules) de acuerdo con los datos disponibles de cada país fueron: Chile, Perú y Bolivia. En Colombia se identificó un porcentaje de 56,8 % y en Venezuela menor al 40 % (celdas rosadas) (Tabla 8).

El país sin datos disponibles para el periodo de observación correspondió a Ecuador.

Tabla 8 Porcentaje acceso al cuidado prenatal (CPN) desde el primer trimestre de la gestación y razón de mortalidad materna por 100 000 nacidos vivos para los países miembros del Área Andina y Chile, 2015-2020

Indicador	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Promedio % acceso CPN PT 2015-2020
Chile							
RMM x 100 000 NV	16	15	15	15	15	15	
% acceso CPN PT	86,1	86,4	86,4	86,5	87,2	85,5	86,4
Colombia							
RMM x 100 000 NV	70	70	71	63	65	75	
% acceso CPN PT	77,9			50,8	54,3	44,1	56,8
Perú							
RMM x 100 000 NV	65	62	61	63	72	69	
% acceso CPN PT	79,8	80,3	81,5	81,5	81,1	81,8	80,7

Venezuela							
RMM x 100 000 NV	126	150	175	179	177	259	
% acceso CPN PT	41,8	36,6	34,8	32,6			36,5
Bolivia							
RMM x 100 000 NV	165	161	164	171	176	161	
% acceso CPN PT			88,4	87,6	80,1		82,1

Fuente: Elaboración propia a partir de la consulta de las fuentes de información de país descritas en la metodología.

*Celdas en blanco sin información para el respectivo país (las celdas azules indican porcentajes promedio del 80 % o más, las celdas rosadas indican porcentajes promedio menores al 80 %, % de acceso CPN PT).

Porcentaje cobertura de atención prenatal con al menos 4 visitas

Se calculó el porcentaje promedio de mujeres gestantes que han recibido cuatro consultas o más de atención prenatal durante el embarazo en el sector público y privado en los países miembros del Área Andina y Chile con datos disponibles. Hubo 4 países que presentaron porcentajes por encima del 80 % (celdas azules), y estos fueron Colombia, Perú, Venezuela y Bolivia. El porcentaje promedio se estimó a partir de los datos disponibles para cada año en el periodo de 2015 a 2020 (Tabla 9).

De acuerdo con datos aportados por Ecuador (ENSANUT), en los últimos cinco años, el 83,3 % de niños menores de 5 años tuvieron madres que recibieron al menos 5 controles prenatales. En el área rural, este porcentaje fue del 75,7 % y en la urbana del 87,0 %.

El país sin datos disponibles para el periodo observado fue Chile.

Tabla 9 Porcentaje cobertura de atención prenatal con al menos cuatro visitas y razón de mortalidad materna por 100 000 nacidos vivos para los países miembros del Área Andina y Chile, 2015-2020

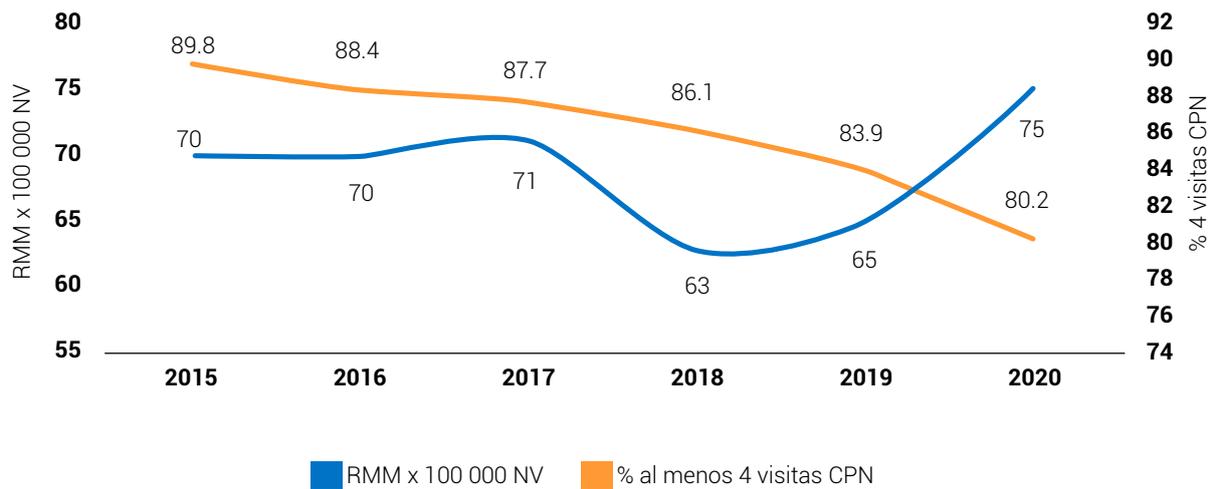
Indicador	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Promedio % acceso CPN PT 2015-2020
Colombia							
RMM x 100 000 NV	70	70	71	63	65	75	
% acceso CPN PT	89,8	88,4	87,7	86,1	83,9	80,2	86
Perú							
RMM x 100 000 NV	65	62	61	63	72	69	
% acceso CPN PT	88,9	89	89	89,5	89,7	88,4	88,4
Venezuela							
RMM x 100 000 NV	126	150	175	179	177	259	
% acceso CPN PT	86,6	84,5	82,9	82,6			84,2
Bolivia							
RMM x 100 000 NV	165	161	164	171	176	161	
% acceso CPN PT	86,1	89,9	85,4	85,2	81,9	66,6	82,4

Fuente: Elaboración propia a partir de la consulta de las fuentes de información de país descritas en la metodología.

*Celdas en blanco sin información para el respectivo país (las celdas azules indican porcentajes promedio del 80 % o más, las celdas rosadas indican porcentajes promedio menores al 80 %, % 4 visitas).

El comportamiento de la RMM en Colombia, en comparación con la cobertura de al menos cuatro visitas prenatales entre 2015 y 2020, muestra un descenso de la RMM en 2018, con una marcada disminución del porcentaje de al menos cuatro visitas prenatales. Luego, entre 2019 y 2020 disminuye el porcentaje y aumenta la RMM entre 2019 y 2020; en 2020 el aumento es mucho mayor (Gráfico 12).

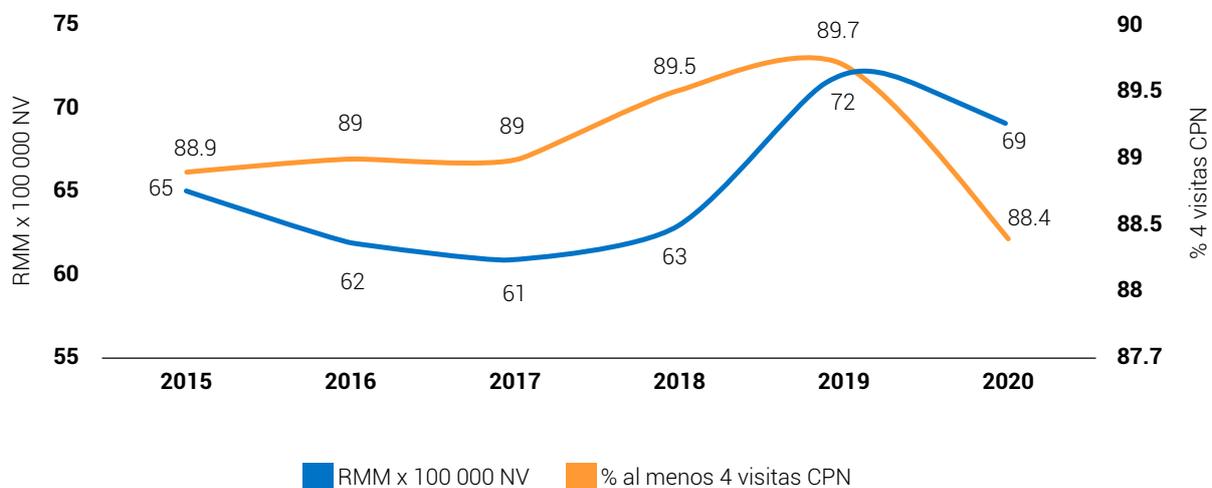
Gráfico 12 Comportamiento de la RMM y porcentaje de al menos cuatro visitas prenatales. Colombia, 2015-2020



Fuente: Elaboración propia a partir de la consulta de las fuentes de información de país descritas en la metodología.

El comportamiento de la RMM en Perú, en comparación con la cobertura de al menos cuatro visitas prenatales entre 2015 y 2020, muestra un descenso de la RMM en 2017 con un marcado aumento del porcentaje de al menos cuatro visitas prenatales. Luego, entre 2019 y 2020 disminuye el porcentaje, y aumenta la RMM entre 2019 y 2020, pero en 2019 el aumento es mucho mayor (Gráfico 13).

Gráfico 13 Comportamiento de la RMM y porcentaje de al menos cuatro visitas prenatales. Perú, 2015-2020

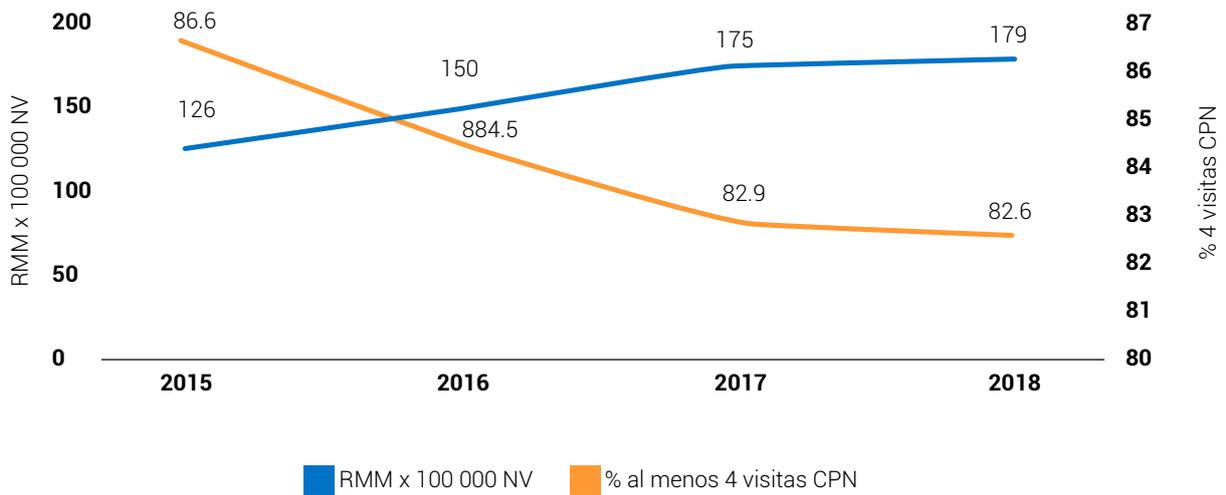


Fuente: Elaboración propia a partir de la consulta de las fuentes de información de país descritas en la metodología.



El comportamiento de la RMM en Venezuela, en comparación con la cobertura de al menos cuatro visitas prenatales en el periodo 2015 a 2018, muestra un aumento de la RMM en 2016 con una marcada disminución del porcentaje de al menos cuatro visitas prenatales. Luego, entre 2017 y 2018 disminuye el porcentaje, y aumenta la RMM entre 2017 y 2018, pero en 2018 el aumento es mucho mayor (Gráfico 14).

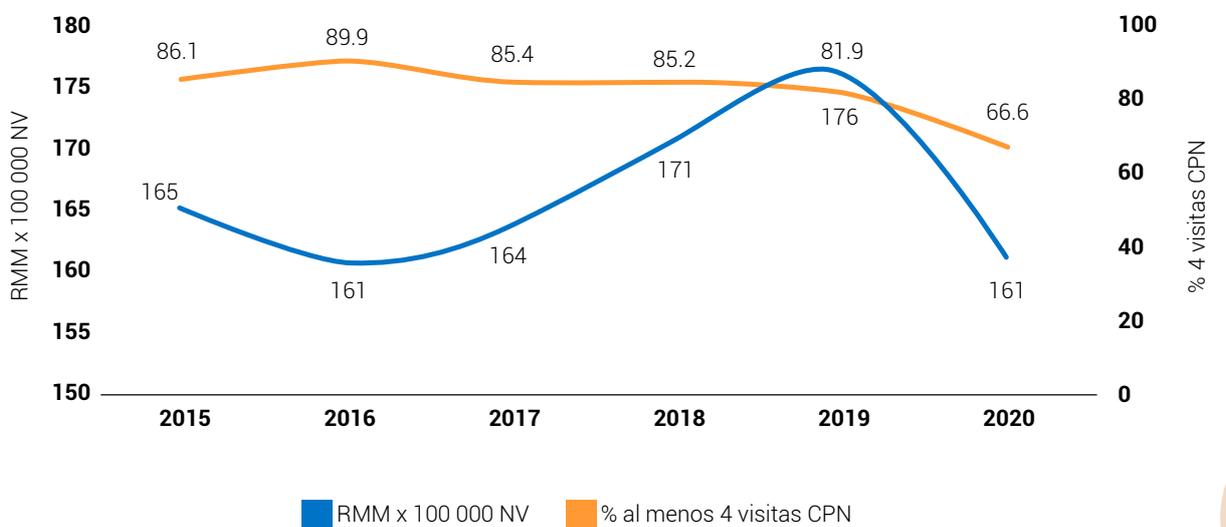
Gráfico 14 Comportamiento de la RMM y porcentaje de al menos cuatro visitas prenatales. Venezuela, 2015-2018



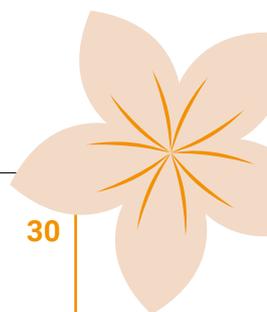
Fuente: Elaboración propia a partir de la consulta de las fuentes de información de país descritas en la metodología.

El comportamiento de la RMM en Bolivia, en comparación con la cobertura de al menos cuatro visitas prenatales entre 2015 y 2020, muestra un aumento de la RMM en 2019 con una marcada disminución del porcentaje de al menos cuatro visitas prenatales. Luego, entre 2019 y 2020 disminuye el porcentaje, y aumenta la RMM entre 2018 y 2019, pero en 2019 el aumento es mucho mayor (Gráfico 15).

Gráfico 15 Comportamiento de la RMM y porcentaje de al menos cuatro visitas prenatales. Bolivia, 2015-2020



Fuente: Elaboración propia a partir de la consulta de las fuentes de información de país descritas en la metodología.



Proporción de partos atendidos en establecimientos de salud (%)

El promedio del porcentaje de partos atendidos por personal capacitado para el periodo 2015-2021 para la mayoría de los países miembros del Área Andina y Chile con datos disponibles está por encima del 90 % (celdas azules) (Tabla 10).

Los países sin disponibilidad de datos fueron Perú y Venezuela.

Tabla 10 Porcentaje de partos atendidos institucionalmente para los países miembros del Área Andina y Chile, 2015-2020

País	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Promedio
Ecuador			96,1	95,8	97	96	96,2
Colombia				98,3	98,4	97,3	98,0
Bolivia					99,1	99,1	99,1
Chile	99,7	98,1	99,7	99,6	99,8	99,7	99,4
Perú							
Venezuela							

Fuente: Elaboración propia a partir de la consulta de las fuentes de información de país descritas en la metodología.
*Celdas en blanco sin información para el respectivo país (las celdas azules indican porcentajes promedio del 80 % o más).

Prevalencia de uso de anticonceptivos modernos en mujeres casadas o en unión

El promedio de la prevalencia expresada en porcentaje de uso de anticonceptivos modernos por mujeres en edad fértil (15 a 49 años) o sus parejas fue variado en cada uno de los países miembros del Área Andina y Chile. Estos incluyen: esterilización masculina y femenina, anticonceptivos hormonales orales, inyectables, transdérmicos e implantes, dispositivos intrauterinos, diafragmas, condones masculinos y femeninos, y anticonceptivo de emergencia. Así, Bolivia presentó un porcentaje por debajo del 50 %, Perú por encima del 50 % y Venezuela, Ecuador, Chile y Colombia entre el 70 y 76 % (Tabla 11).

Para Perú, de acuerdo con la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, para el año 2022 el porcentaje de uso de métodos de planificación familiar en mujeres de 15 a 49 años en unión fue del 77,9 %, de los cuales el uso de métodos modernos fue del 56,6 %. En cuanto al suministro de métodos modernos, el sector público aportó el 53,1 %, el privado el 45,3 % y otros proveedores el 1,6 %.

En Venezuela, Chile y Colombia el porcentaje de uso métodos modernos fue entre el 70 y 76 %. Para Ecuador, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) de 2018, la prevalencia de uso de anticonceptivos modernos en mujeres de 15 a 49 años casadas o en unión fue del 92,8 %, mientras que en hombres alcanzó el 94,8 %.

Tabla 11 Prevalencia uso anticonceptivos modernos en mujeres casadas o en unión para los países miembros del Área Andina y Chile, 2015-2020

País	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Promedio
Bolivia	43,9	45	45,8	46,6	47,3	48	46,1
Perú	53	54,1	54,3	54,9	55,3	55,9	54,6
Venezuela	70,2	70,4	70,6	70,7	70,9	71,1	70,7
Ecuador	69,5	70,1	70,7	71,3	71,8	72,1	70,9
Chile	69,9	70,5	70,9	71,2	71,5	71,7	71,0
Colombia	75,5	75,8	76	76,2	76,3	76,5	76,1

Fuente: Elaboración propia a partir de la consulta de las fuentes de información de país descritas en la metodología.

Prevalencia de anemia en mujer en edad reproductiva

Hay diferencias en el promedio del porcentaje de mujeres en edad reproductiva que no está embarazada, entre 15 y 49 años, con hemoglobina menor de 12 g/dl, para los países miembros del Área Andina y Chile entre 2015 y 2019. Los países con los promedios más bajos son Chile y Ecuador con porcentajes por debajo del 18 %. Por su parte, en Perú, Colombia, Venezuela y Bolivia, se identificaron porcentajes entre el 20 % y el 25 % (Tabla 12).

Tabla 12 Prevalencia de anemia en mujeres en edad reproductiva para los países miembros del Área Andina y Chile, 2015-2019

País	2015	2016	2017	2018	2019	Promedio
Chile	8	8,1	8,3	8,5	8,7	8,32
Ecuador	17	16,9	17	17,1	17,2	17,04
Perú	20,1	20,1	20,2	20,4	20,6	20,28
Colombia	21,1	21	20,9	21	21,2	21,04
Venezuela	21,9	22,4	23	23,7	24,2	23,04
Bolivia	26,7	25,7	25,1	24,6	24,4	25,3

Fuente: Elaboración propia a partir de la consulta informe OCDE 2020.

Tasa de fecundidad específica de 10 a 14 años y de 15 a 19 años

El promedio de las tasas de fecundidad de niñas de 10 a 14 años fue mayor a 4,0 por cada 1000 (celdas azules) en Venezuela y de 2,7 por cada 1000 (celdas azules) en Colombia (Tabla 13).

De acuerdo con los datos de Ecuador (INEC), el promedio de las tasas de fecundidad de niñas de 10 a 14 años fue de 2,6 por cada 1000, las cuales fueron descendiendo de forma sostenida pasando de 3,1 en 2015 a 2,0 en 2020. Para Bolivia, Chile y Perú no hubo datos disponibles. El promedio de las tasas de fecundidad de niñas de 15 a 19 años fue de 92,6 por cada 1000 en

Venezuela, 71 por cada 1000 en Bolivia y 60,9 por cada 1000 en Colombia. De acuerdo con la Encuesta de Demografía y de Salud Familiar de Perú, la tasa global de fecundidad fue de 2,2 por mujer para 2018 y de 1,9 para 2022 (1,7 para área urbana y 2,8 rural). El promedio de las tasas de fecundidad en las mujeres adolescentes de 15 a 19 años fue de 67,5 por cada 1000, con fluctuaciones en el periodo de 2015 a 2020. La más baja fue de 55,0 por cada 1000 en 2020. Para Chile no hubo datos disponibles.

Tabla 13 Tasas de fecundidad específica de 10 a 14 años y de 15 a 19 años para los países miembros del Área Andina y Chile, 2015-2020

Indicador	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Promedio TEF 10 a 14 años	Promedio % acceso CPN PT 2015-2020
Venezuela									
RMM x 100 000 NV	126	150	175	179	177	259			
TEF 10-14	4,8	4,2	3,1					4,0	
TEF 15-19	93,7	93,6	81,1						89,4
Bolivia									
RMM x 100 000 NV	165	161	164	171	176	161			
TEF 10-14									
TEF 15-19	71,0								71,0
Ecuador									
RMM x 100 000 NV	66	70	69	71	74	66	44		
TEF 10-14			3,0	2,8	2,4	2,2		2,6	
TEF 15-19	80,4		70,9	69,5	63,5	55,0			67,9
Perú									
RMM x 100 000 NV	65	62	63	61	72	69	86		
TEF 10-14	1,0	1,0	1,0		0,8	1,0		1,0	
TEF 15-19			45,3	42,7	45,9	30,6	33,7		39,6
Chile									
RMM x 100 000 NV	16	15	15	15	15	15			
TEF 10-14	1,2	1,1	0,8	0,7	0,5			0,9	
TEF 15-19	39,9	32,7	27,1	23,0	18,9				28,3
Colombia									
RMM x 100 000 NV	70	70	63	71	65	75	84		
TEF 10-14	3,0			2,9			2,6	2,8	
TEF 15-19	66,7	63,2	62,5	59,7	57,5	54,3	52,8		59,4

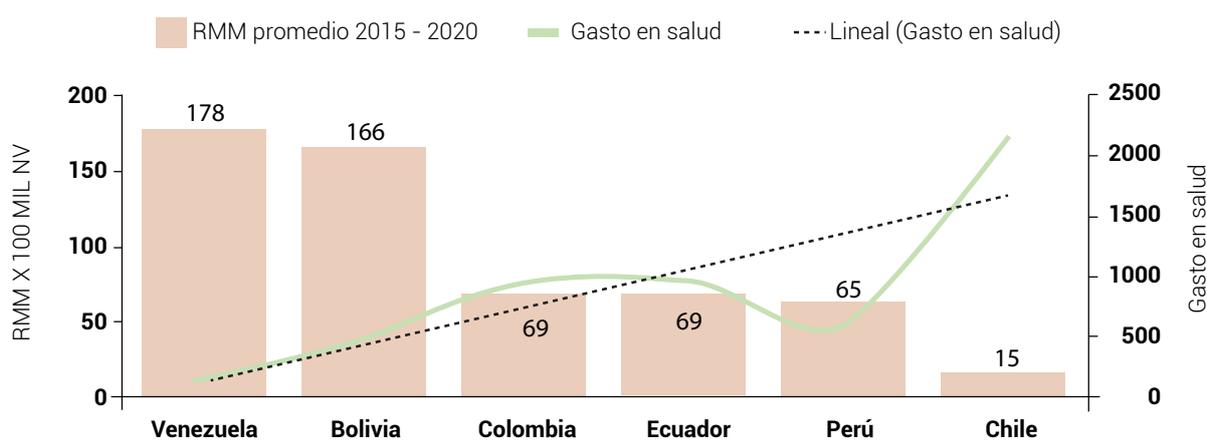
Fuente: Elaboración propia a partir de la consulta de las fuentes de información de país descritas en la metodología.

*Los valores sombreados en rojo y con letra roja corresponden a valores por encima del promedio de RMM, TEF 10-14 y TEF 15-19 de ALC para ese año. Los valores sombreados en verde y con letra verde corresponden a valores por debajo del promedio de RMM, TEF 10-14 y TEF 15-19 de ALC para ese año.

Gasto total en salud per cápita

El total de gasto en salud, según la estructura del indicador descrita por la OCDE para 2017, revela que algunos países del Área Andina y Chile, como Venezuela y Bolivia, presentan un menor gasto en salud y tasas de RMM más altas. En contraste, países con un mayor gasto en salud, como Colombia, Ecuador, Perú y Chile, tienen tasas de RMM más bajas (Gráfico 16).

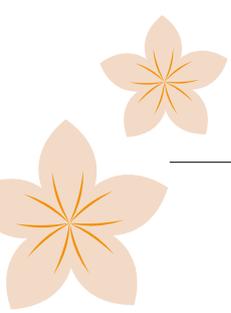
Gráfico 16 Gasto en salud per cápita para los países miembros del Área Andina y Chile vs. RMM x 100 000 NV promedio del periodo 2015-2020



Fuente: Elaboración propia a partir de la consulta de las fuentes de información de país descritas en la metodología. Gasto en salud: Indicador OCDE.

CONCLUSIONES

- Entre 2015 y 2020, según estimaciones de la OMS, se identificaron 15064 muertes de mujeres durante la gestación, el parto y hasta los 42 días postparto en Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela. El promedio anual fue de 2511 muertes; es decir, una muerte materna cada cuatro horas. Además, el porcentaje de incremento del número de muertes fue del 8,6 % entre 2015 y 2019, del 22,4 % entre 2015 y 2020 y del 12,7 % entre 2019 y 2020. Esto sugiere que, si bien se presentó un incremento más pronunciado en 2020 como consecuencia de la pandemia por COVID-19 (falta de atención oportuna de las gestantes con morbilidades en los servicios de salud por causas directas e indirectas, priorización de la atención a pacientes afectados por COVID-19, confinamiento, cuarentenas y temor al riesgo de contagio con el virus SARS-CoV-2), se observaba ya una tendencia similar de incremento entre 2015 y 2019 sin los efectos de la pandemia. Por lo anterior, se requiere evaluar la efectividad de las medidas implementadas en cada país del Área Andina y Chile para la disminución de la mortalidad materna antes, durante y después de la pandemia.
- Al realizar el estimado del total de muertes maternas para los países miembros del Área Andina y Chile para cada uno de los años del periodo, se estimaron 2301 muertes maternas en 2015. Este número aumentó a 2411 en 2016, aumentó a 2541 en 2017, disminuyó a 2497 en 2018, aumentó a 2498 en 2019 y aumento a 2816 en 2020.
- Este estudio presenta los resultados del análisis del comportamiento de la mortalidad materna teniendo en cuenta los datos del número de muertes maternas y la razón de la mortalidad materna (RMM), de acuerdo con las estimaciones de la Organización Mundial de la Salud para Chile, Ecuador, Colombia, Perú, Bolivia y Venezuela en el período observado de 2015 a 2020. La contribución porcentual de los seis países miembros del Área Andina y Chile en el periodo observado de 2015 a 2020 representó el 32 % de todas las muertes maternas para la Región de ALC.
- Los países miembros del Área Andina y Chile oscilaron dentro de las primeras diecinueve (19) posiciones de ALC en el periodo 2015-2020, de acuerdo con el número de muertes maternas de cada país. Venezuela osciló entre el 2.º y 4.º lugar, Colombia en el 5.º lugar, Bolivia entre el 6.º y el 7.º, Perú entre el 7.º y el 8.º, Ecuador entre el 9.º y el 11.º y Chile entre el 18.º y el 19.º lugar. Lo anterior sugiere que los países tienden a estar en el mismo rango de posiciones en términos de mortalidad materna en ALC para el período de estudio, sin cambios drásticos. Esto remarca la importancia de analizar los resultados a la luz de las estrategias particulares implementadas en cada país para sopesar las causas directas e indirectas de mortalidad maternas e incidir en sus factores determinantes.
- El comportamiento del número de muertes maternas entre 2019 y 2020 a nivel país mostró un aumento del 38 % en Venezuela, del 14,2 % en Colombia y del 3 % en Chile. Por su parte, Bolivia tuvo una disminución del 8,4 %, Perú del 4 % y Ecuador del 11 %. Sin embargo, al detallar la mortalidad materna entre 2015 y 2019, se observa una tendencia de incremento de la mortalidad materna del 19 % para Venezuela, 13 % para Perú, 11 % para Ecuador y 7 %

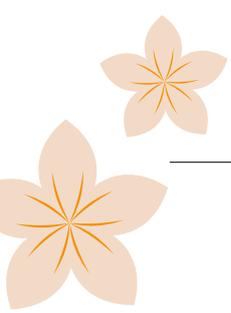


para Bolivia, a diferencia de la reducción del 13,2 % en Chile y del 7 % en Colombia. Es decir, tanto en el periodo 2015-2019 y 2019-2020, ninguno de los 6 países mostró una reducción sostenida en el número de muertes maternas.

- En el período 2015-2019, se evidenció una tendencia de incremento de la razón de mortalidad materna por cada 100 000 nacidos vivos en Ecuador, Perú, Bolivia y Venezuela. Por lo tanto, se requiere socializar las mejores prácticas de cada país del Área Andina y Chile. No obstante, hay que tener en cuenta que la estimación de la OMS presenta intervalos de confianza amplios, lo que aumenta el nivel de incertidumbre de los datos frente a la reducción de la RMM.
- En el período 2015-2020, se evidenció una tendencia de disminución de la razón de mortalidad materna por cada 100 000 nacidos vivos en Chile y Bolivia, una tendencia de aumento en Colombia, Perú y Venezuela y una tendencia constante en Ecuador. Por lo tanto, se requiere socializar las mejores prácticas de cada país del Área Andina y Chile. No obstante, hay que tener en cuenta que la estimación de la OMS presenta intervalos de confianza amplios, lo que aumenta el nivel de incertidumbre de los datos frente a la reducción de la RMM en el caso específico de Bolivia.
- En el período de 2019 a 2020, hubo un aumento de la razón de mortalidad materna por cada 100 000 nacidos vivos en Colombia, Bolivia y Venezuela, una disminución en Ecuador y Perú, mientras que en Chile permaneció igual. Estos resultados podrían contrastarse con el comportamiento epidemiológico de la pandemia por COVID-19 en cada uno de los países, así como con la implementación de medidas de cuarentena y confinamiento y la organización de servicios de salud para la atención de la salud materna y la salud sexual y reproductiva.
- De los 6 países estudiados, solo Chile presentó el mayor porcentaje de reducción general de la razón de la mortalidad materna, con un descenso del 6,3 %. En contraste, Colombia, Ecuador y Venezuela experimentaron un aumento en la mortalidad materna, Bolivia logró una reducción, pero no significativa, y Perú permaneció igual, sin disminución ni aumento.
- De los países evaluados, ninguno cumple la meta de reducción del 5,5 % en la mortalidad materna entre 2015-2020 y 2015-2019. Sin embargo, para el período 2019-2020, Perú y Bolivia tuvieron un cambio porcentual por encima de lo esperado de 11,4 % y 8,9 % respectivamente. Se debe hacer seguimiento a este comportamiento en su tendencia para el 2021, de acuerdo con el comportamiento de la pandemia por la COVID-19.
- El agrupamiento por percentiles con relación a la RMM promedio del resto de países de ALC en el periodo 2015-2020, mostró que Chile se encuentra por debajo del percentil 25, Perú por debajo del percentil 50, Ecuador y Colombia por debajo del percentil 75 y Bolivia y Venezuela en el percentil mayor a 90.
- Es importante señalar que estos resultados deben considerar los países de ALC que se encuentran en el mismo percentil. Así, Chile se encuentra en el mismo grupo con Costa Rica, Antigua Barbuda, Puerto Rico, Granada, Trinidad y Tobago, Argentina y Cuba. Ecuador y Colombia, en el mismo grupo con Paraguay, Nicaragua, Belice, Bahamas y Santa Lucía. Perú en el mismo grupo con El Salvador, Barbados, San Vicente y Granadina, Panamá, México, Brasil y Honduras. Bolivia y Venezuela en el mismo grupo con Guyana y Haití.

Esto último se hace con el fin de establecer similitudes y disimilitudes entre los países de cada grupo e intergrupo, en términos de acciones implementadas para reducir el riesgo de mortalidad materna.

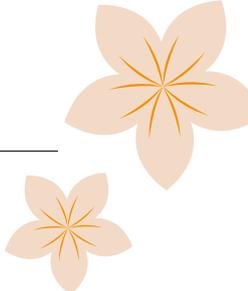
- Este estudio presenta los resultados de la situación de la mortalidad materna en 2021 teniendo en cuenta los datos del número de muertes maternas y la razón de la mortalidad materna para Perú, Ecuador y Colombia (información basada en la revisión de literatura, documentos y páginas web oficiales de los países disponibles, de acceso abierto para su consulta en línea, referente al reporte de estadísticas de muertes maternas y nacimientos). Para Chile, Bolivia y Venezuela se tomaron como referencia los datos de estimaciones de la OMS del año 2020. La contribución porcentual de los seis países miembros del Área Andina y Chile en el 2021 representó el 25 % de todas las muertes maternas para la región de ALC, de un total de 9325 muertes calculadas para este año teniendo en cuenta la información de 26 países con datos oficiales disponibles y las muertes maternas estimadas por la OMS para 2020 para cuatro países (Haití, Bolivia, Venezuela y Chile).
- Para 2021 los países miembros del Área Andina y Chile con el mayor peso porcentual en cuanto al número de muertes maternas fueron Venezuela (8 %), Perú (5 %) y Bolivia (5 %). Por su parte, las mayores RMM se identificaron para Venezuela (RMM = 259 x 100 000 NV) y Bolivia (RMM = 161 x 100 000 NV), por encima de la estimada para ALC de 95 por cada 100 000 nacidos vivos.
- Al agrupar las causas obstétricas directas e indirectas en el periodo 2019-2021 para un país del Área Andina (Colombia) que concentra el 6 % de todas las muertes, se identificó que el peso de las causas directas en el periodo de 2019 a 2021 representó el 57 % y el de las indirectas el 43 %. La tendencia de las muertes maternas de acuerdo con la clasificación de las causas directas e indirectas en el periodo de 2020 a 2021 muestra que para Colombia hubo una reducción del 8 % en las causas directas en 2021 frente a 2020.
- Para el período 2020-2021, de acuerdo con los datos de país, las principales causas obstétricas directas descritas para Colombia evidencian que el mayor porcentaje de muertes maternas, que concentra el 36,3 %, se debió a trastornos hipertensivos relacionados con la gestación. Le siguen otras complicaciones del embarazo, parto y puerperio con el 27,6 % (el mayor porcentaje de estas causas son prevenibles y evitables mediante la implementación de buenas prácticas desde el acceso y la calidad en la atención prenatal, la atención del parto y el postparto), complicaciones hemorrágicas con el 21,7 % y, por último, la sepsis obstétrica con el 7,6 % y el aborto con el 6,7 %.
- En 2020 en Colombia, el peso porcentual de las muertes maternas debidas a SARS-CoV-2 en el marco de la pandemia por COVID-19 fue del 19 %, frente al 60 % de las causas directas y el 39 % de otras causas indirectas. En 2021, en Colombia, el peso porcentual de las muertes maternas debidas a SARS-CoV-2 fue del 30 %, frente al 56 % de las causas directas y el



44 % de otras causas indirectas. Lo anterior subraya que, si bien se presentaron muertes maternas a causa de la COVID-19, el porcentaje de muertes maternas por causas directas y otras causas indirectas fue considerable.

- Los indicadores de acceso y cobertura de salud materna para los países del Área Andina y Chile para el período de 2015 a 2020 mostraron la dificultad para acceder a los datos completos de todos los países.
- El promedio de la prevalencia expresada en porcentaje de uso de anticonceptivos modernos por mujeres en edad fértil (15 a 49 años) o sus parejas fue variado. Bolivia presentó un porcentaje por debajo del 50 %, Perú por encima del 50 %, Venezuela, Chile y Colombia entre el 70 y 76 % y Ecuador del 92,8 % en mujeres casadas o en unión. Este indicador debe analizarse a la luz de su comportamiento en otros países de ALC que cuentan con porcentajes por encima del 80 % y las posibles acciones de mejora y lecciones aprendidas.
- El acceso a la atención prenatal desde el primer trimestre de la gestación tuvo porcentajes promedio del 80 % para Chile, Perú y Bolivia, un porcentaje de solo el 56,8 % en Colombia y menor al 40 % en Venezuela. No se contó con datos disponibles para Ecuador. Este indicador evidencia marcadas diferencias entre los países, algunos con mejores resultados y otros en mayor desventaja, lo que indica desarrollos desiguales en la región del Área Andina.
- El porcentaje promedio de mujeres gestantes que han recibido cuatro consultas o más de atención prenatal durante el embarazo en el sector público y privado estuvo por encima del 80 % para Colombia, Perú, Venezuela y Bolivia y Ecuador. No se contó con datos disponibles para Ecuador.
- En cuanto al promedio del porcentaje de partos atendidos por personal capacitado estuvo por encima del 90 % para Ecuador, Colombia, Bolivia y Chile. No se contó con datos disponibles para Perú y Venezuela.
- Finalmente, el promedio de las tasas de fecundidad de niñas de 10 a 14 años fue de 2,7 para Colombia (promedio 2015-2020), de 4,13 para Venezuela (promedio 2015-2017) y de 2,6 para Bolivia, Chile, Ecuador. El promedio de tasas de fecundidad para niñas de 15 a 19 años fue de 92,63 para Venezuela (promedio 2015-2017), de 71 para Bolivia (2015), de 60,9 para Colombia (promedio 2015-2020) y de 67,5 para Ecuador (promedio 2015-2020). No se contó con datos disponibles para Chile y Perú.
- El gasto en salud per cápita y el indicador de tasa de cesáreas han sido empleados por la OCDE para indicar el uso de los recursos financieros por parte de los sistemas de salud de los países y correlacionarlos con mejores o peores resultados en indicadores de salud. En el caso de la mortalidad materna y el gasto de salud per cápita para algunos países del Área Andina y Chile, permitió observar un menor gasto en salud y RMM más altas, como en Venezuela y Bolivia, en comparación con países con mayor gasto y menores RMM, como Colombia, Ecuador, Perú y Chile.

RECOMENDACIONES



En el marco de la reducción de la mortalidad se han identificado las siguientes premisas:

- Los países que dan prioridad al abordaje de la reducción del embarazo adolescente y la mortalidad materna mediante políticas y compromisos financieros experimentan reducciones significativas y sostenidas de su tasa de mortalidad materna.
- Las muertes maternas son casi siempre evitables. La evidencia científica de más de tres décadas demuestra que el acceso a cuidados obstétricos de calidad y el acceso universal a la planificación familiar evitarían, respectivamente, el 54 % y el 30 % de todas muertes maternas.
- Teniendo en cuenta la alta correlación entre las muertes maternas y los embarazos adolescentes, invertir en el acceso a los servicios e información de SSR, incluidos los métodos anticonceptivos modernos, especialmente los de larga duración, contribuirá a la reducción de la mortalidad materna.

Dentro del marco de la nueva estrategia regional del UNFPA para ALC y en línea con los ODS, el UNFPA ha definido 5 líneas de acción que nos encaminan a nuestra meta de reducir los embarazos adolescentes y poner fin a las muertes maternas.

1. Visibilizar el embarazo en la adolescencia, sus factores determinantes y su impacto en la mujer, el producto de la gestación y la comunidad. Además, posicionar la salud materna como un imperativo de derechos humanos y una prioridad de salud pública en los marcos normativos y los mecanismos de financiación de la salud.
2. Ampliar la aplicación del paquete integral de información y servicios de SSR de calidad para todas las personas, con énfasis en las adolescentes, garantizando la disponibilidad, accesibilidad y aceptabilidad del servicio de SSR y de salud materna, incluidos los Cuidados Obstétricos de Emergencia.
3. Invertir en sistemas de salud resilientes que garanticen la continuidad de la atención de la salud sexual y reproductiva para todas las mujeres, así como el desarrollo de una capacidad de respuesta oportuna y eficiente en situaciones de emergencia humanitaria y de salud.
4. Ampliar el acceso a servicios de anticoncepción e información de calidad como pilar fundamental de las estrategias de reducción de la mortalidad materna, utilizando un enfoque basado en los derechos humanos y centrándose en métodos anticonceptivos modernos de larga duración, en particular para adolescentes y jóvenes.
5. Empoderar a las mujeres, las adolescentes y las jóvenes y a sus organizaciones desde una perspectiva de género y derechos humanos, para que ejerzan su autonomía corporal y aumenten el acceso a la información y a los conocimientos sobre salud y derechos sexuales y reproductivos a través de la EIS dentro y fuera de la escuela.



Dados los resultados presentados en este análisis en relación a la mortalidad materna y la razón de la mortalidad materna en el período 2015-2020 y 2021 para los países del Área Andina y Chile, y en línea con el estudio “Diagnóstico rápido de los determinantes y factores contribuyentes al aumento de la mortalidad materna y perinatal durante la pandemia de COVID-19 en la región de América Latina y el Caribe” realizado por el Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES), a continuación se señalan recomendaciones importantes para avanzar de forma sostenida y acelerada en la reducción de la mortalidad materna y tener un impacto positivo en la atención y los cuidados de calidad de la salud materna y la salud sexual y reproductiva (7):

- Proponer acciones a nivel país y región para disminuir las brechas socioeconómicas (estrato, rural y urbano, condición de migrante) y de género.
- Optimizar la comunicación, autoridad y vigilancia para mejorar la gestión administrativa de servicios y recursos.
- Establecer focos de política sanitaria múltiples, para no desatender focos prioritarios, como la salud materna y salud sexual y reproductiva de las adolescentes y las mujeres.
- Fortalecer la articulación de las políticas sectoriales (salud, transporte, protección social, economía, comunicaciones, educación y cuidados), dados los diversos factores determinantes de la mortalidad materna.
- Robustecer la implementación efectiva de recursos humanos, financieros y tecnológicos y de gestión.
- Garantizar la atención primaria (control prenatal, provisión de métodos anticonceptivos y de interrupción legal del embarazo).
- Reducir la brecha digital, para que el uso de tecnologías de la comunicación y la información, la virtualidad y la telemedicina contribuyan a optimizar procesos de respuesta y atención en salud materna, teniendo en cuenta sus limitaciones.
- Mejorar los mecanismos de articulación de la gobernanza para la adecuada implementación de políticas, planes y programas en salud materna.
- Generar articulaciones con las organizaciones de la sociedad civil y los actores de la salud tradicional de los territorios (parteras) y la comunidad en general.
- Considerar las condiciones de género (vulneración de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres) y la humanización de la atención en salud.
- Mejorar el sistema de educación y la socialización de las evidencias científicas en temas de salud materna para mejorar la adherencia a las recomendaciones.

METODOLOGÍA UTILIZADA EN EL ANÁLISIS



Se consolidó el listado de 44 países de América Latina y el Caribe, para realizar la actualización de las muertes maternas, los nacimientos y la razón de mortalidad materna para el periodo de 2015 a 2020. Esto se hizo mediante la revisión y extracción de datos a partir de las estimaciones del informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS) “Tendencias de la mortalidad materna de 2000 a 2020”. Para ello, se consolidó y organizó la información en hojas de cálculo (Excel) con los datos de nacimientos, muertes maternas y estimación de la razón de mortalidad materna con los respectivos intervalos de confianza para 32 países de ALC incluidos en el informe de la OMS (8).

Los siguientes 12 países no se incluyeron en la descripción de datos para el periodo de 2015 a 2020, dado que no estaban incluidos en el informe de la OMS: Anguilla, Aruba, Curazao, Islas Caimán, Guyana Francesa, Guadalupe, Montserrat, San Cristóbal y Nieves, San Martín (parte neerlandesa), Islas Turcas y Caicos, Islas Vírgenes (Británicas), Islas Vírgenes (EUA).

Para el análisis de los datos se organizaron grupos de países de acuerdo con la magnitud del número de muertes maternas en el periodo 2015 a 2020 y la RMM con los respectivos intervalos de confianza (IC) del 80 % estimados por la OMS. Se calculó la variación anual y por periodos de la RMM, el análisis de la tendencia para el periodo definido, el porcentaje de reducción anual de la RMM en cada país y el cambio porcentual anual promedio. Esto se hizo teniendo en cuenta la meta definida por la OMS de reducción anual de la RMM de 5,5 % a nivel mundial, para la cual todos los países deben contribuir al promedio mundial reduciendo la propia RMM de acuerdo con la línea de base establecida. Para efectos del presente análisis se toma a partir del 2015.

Para describir el comportamiento del número de muertes maternas y la razón de mortalidad materna para el año 2021 se realizó la revisión de literatura, documentos y páginas web oficiales de los países disponibles, de acceso abierto para su consulta en línea, referente al reporte de estadísticas de muertes maternas y nacimientos de los 44 países de ALC.

De esta revisión se obtuvo información para 26 países de los 44 países revisados: El Salvador, Brasil, México, Colombia, Perú, Guatemala, Argentina, República Dominicana, Honduras, Cuba, Paraguay, Ecuador, Jamaica, Panamá, Nicaragua, Suriname, Guyana, Costa Rica, Uruguay, Belice, Trinidad y Tobago, San Vicente y Granadinas, San Cristóbal y Nieves, Islas Turcas y Caicos, Islas Vírgenes (Británicas), Islas Vírgenes (EUA). De los siguientes 18 países no se obtuvo información del número de muertes maternas para el año 2021: Bolivia, Venezuela, Haití, Chile, Anguilla, Aruba, Curazao, Islas Caimán, Guyana Francesa, Guadalupe, Montserrat, San Martín (parte neerlandesa), Antigua y Barbuda, Bahamas, Barbados, Granada, Puerto Rico, Santa Lucía.

De otra parte, previamente se concertó con el grupo interagencial Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA) - Organización Panamericana de la Salud (OPS) la priorización de diez países: Haití, Bolivia, República Dominicana, Venezuela, México, Paraguay, Guatemala, Brasil, Honduras y Guyana, con el fin de analizar el comportamiento de la mortalidad materna a mayor profundidad para variables clave como la edad, pertenencia étnica, causas de muerte, entre otras, e indicadores clave en salud materna.



Para cumplir lo anterior, igualmente se hicieron búsquedas en la literatura, los documentos y las páginas web oficiales disponibles con acceso abierto para su consulta en línea. Esto se hizo en relación al reporte de estadísticas de muertes maternas y nacimientos con datos desagregados por edad, etnia, área de residencia, educación y causas de muerte para los años 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2019, 2020 y 2021 de los países priorizados.

Se revisaron las páginas web de los Ministerios de Salud para localizar enlaces referentes al área de epidemiología o vigilancia epidemiológica, enlaces de publicación de boletines epidemiológicos y datos abiertos de estadísticas en salud. También se revisaron las páginas web de las entidades oficiales encargadas de las estadísticas nacionales para ubicar el tema “estadísticas vitales” (nacimientos y defunciones) y hacer la consulta de reportes consolidados, boletines o bases de datos anuales de acceso abierto de defunciones y nacidos vivos, ya sean definitivas o preliminares. Una de las principales fuentes de consulta y referencia fue la página web del [Tablero de indicadores básicos de la Organización Panamericana de la Salud en el año 2022 y 2023\(9\)](#).

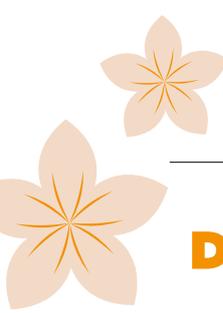
Los países priorizados que disponían de fuentes de información con acceso abierto e información desagregada del periodo 2015 a 2021 fueron Brasil y México. A partir de estas fuentes, se realizó la descarga de las bases de datos de defunciones con sus respectivos diccionarios de datos para identificar las muertes maternas, así como las bases de nacidos vivos. Se procedió a la extracción de datos desagregados por edad, pertenencia étnica, área de residencia (urbana, rural), nivel educativo y causas de muertes maternas. Estos datos se organizaron y tabularon. Posteriormente, se realizó el cálculo de la RMM para estas variables y su análisis correspondiente.

También se recibió apoyo para el acceso y la consulta de datos de muertes maternas con datos desagregados para las variables de interés y algunos de los años del periodo descrito por parte de las oficinas de UNFPA de Paraguay, Nicaragua, Honduras y Guatemala. No se obtuvo para Haití, Bolivia, Venezuela, República Dominicana y Guyana.

Además, las oficinas de UNFPA apoyaron con la información desagregada de otros países como Costa Rica, Cuba, Nicaragua, Perú y Ecuador.

Si bien Colombia no estaba dentro de los países priorizados, se obtuvo acceso a información desagregada para el periodo 2019-2021 en la fuente oficial consultada para algunas de las variables.

Para la consulta de indicadores de acceso y cobertura de atención en salud materna, se accedió a la página web del [Tablero de indicadores básicos de la Organización Panamericana de la Salud, la página web de la CEPAL, CEPALSTAT, Bases de Datos y Publicaciones Estadísticas](#) (10) [la página web de EWEC ALC](#) (11) en el área de [“Perfiles de países con datos desagregados de los indicadores EWEC-LAC”](#), [la página web indicadores de salud de la OCDE](#) (12)



DEFINICIONES

Mortalidad materna

Muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independiente de la duración y el sitio del embarazo, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales.

Razón de mortalidad materna (RMM)

Es el número de muertes maternas que ocurren en el embarazo o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo en un periodo determinado por cada 100 000 nacidos vivos durante el mismo período. La anterior definición es empleada para realizar comparaciones nacionales e internacionales. Se excluyen del numerador las muertes maternas tardías es decir las que ocurren, después de los 42 días, pero antes de un año de la terminación del embarazo, tanto por causas obstétricas directas o indirectas.

La RMM refleja el riesgo de morir de las mujeres durante la gestación, el parto y el puerperio. Se utiliza como denominador el número de nacidos vivos como una aproximación al número de mujeres expuestas a morir por causas relacionadas con el embarazo, el parto y el puerperio.

Defunciones obstétricas directas

Son las que resultan de complicaciones obstétricas del estado de gestación (embarazo, trabajo de parto y puerperio), de intervenciones, de omisiones, de tratamiento incorrecto o de una cadena de acontecimientos originada en cualquiera de las circunstancias mencionadas, de acuerdo con lo definido en la Clasificación Internacional de Enfermedades, versión 10 (CIE-10) (13).

Defunciones obstétricas indirectas

Son las que resultan de una enfermedad existente desde antes del embarazo o de una enfermedad que evoluciona durante este. No se deben a causas obstétricas directas, pero sí están agravadas por los efectos fisiológicos del embarazo, de acuerdo con lo definido en la Clasificación Internacional de Enfermedades, versión 10 (CIE-10) (13).

Cobertura de atención prenatal al menos 4 visitas (%)

Porcentaje de personas gestantes que han recibido cuatro consultas o más de atención prenatal durante el embarazo en el sector público y privado.

Mujeres que acceden a atención prenatal desde el primer trimestre (%)

Número de mujeres embarazadas que han recibido atención de salud, por parte de profesionales de salud desde el primer trimestre del embarazo, expresado como porcentaje del total de nacidos vivos, para un año dado (5).

Partos atendidos por personal capacitado (%)

Número de partos atendidos por personal capacitado durante un año específico, independientemente de su lugar de ocurrencia. Se expresa como porcentaje del número total de nacimientos en ese mismo año, en un determinado país, territorio o área geográfica (5).

DEFINICIONES

Proporción de partos atendidos en establecimientos de salud (%)

Porcentaje de partos atendidos por personal capacitado en un año determinado en el sector público y privado (1). El numerador corresponde al número de nacimientos en establecimientos de salud en un determinado año (2) y el denominador al número total de nacimientos en el país en el mismo periodo (3). Los establecimientos de salud se definen como lugares que brindan atención de salud y que cuentan con los recursos necesarios para brindar atención materna segura. Estos incluyen hospitales, clínicas, centros de atención ambulatoria y centros de atención especializada, como centros de maternidad (5).

Prevalencia de uso de anticonceptivos modernos en mujeres casadas o en unión (%)

Número de mujeres en edad fértil (15 a 49 años), que usan (o que sus parejas usan) un método anticonceptivo moderno, en un punto de tiempo específico, expresado como porcentaje de la correspondiente población a mitad de periodo, para un año dado, en un determinado país, territorio o área geográfica. Los métodos anticonceptivos modernos incluyen esterilización masculina y femenina, anticonceptivos hormonales orales, inyectables, transdérmicos e implantes, dispositivos intrauterinos, diafragmas, condones masculinos y femeninos y anticonceptivo de emergencia (5).

Tasa de fecundidad específica de 10 a 14 años y de 15 a 19 años

Número anual de nacimientos de mujeres de 10-14 o 15-19 años por cada 1000 mujeres en el grupo de edad respectivo (6).

Gasto en salud per cápita

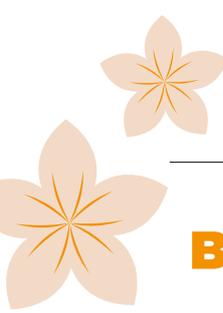
Es la sumatoria de los gastos incurridos en todas las funciones básicas de la atención de salud. Es decir, la totalidad de los servicios de atención de salud, los bienes médicos dispensados a los pacientes ambulatorios, los servicios de prevención y de salud pública, la administración de la salud y los seguros médicos (8).

Tasa de cesáreas

Proporción de partos atendidos por cesárea sobre el total de partos atendidos institucionales por 100. A nivel de población, las tasas de cesárea superiores al 10 % no están asociadas con una reducción en las tasas de mortalidad materna y neonatal (13).

Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE)

Es un organismo de cooperación internacional compuesto por 38 estados, cuyo objetivo es coordinar sus políticas económicas y sociales. Actualmente los países latinoamericanos que son miembros del organismo son: Chile, Colombia, Costa Rica y México. El 25 de enero de 2022 el Consejo de la OCDE decidió iniciar las conversaciones de adhesión con Argentina, Brasil y Perú.



BIBLIOGRAFÍA

1. Una guía para implementar la Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente en América Latina y el Caribe. Washington, D.C.: BID, ONUSIDA, UNFPA, UNICEF, ONU Mujeres, USAID, Banco Mundial y OPS; 2018. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49551/9789275320358_spa.pdf?sequence=9
2. Grupo de Trabajo Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna. Panorama de la Situación de la Morbilidad y Mortalidad Maternas: América Latina y el Caribe. 2017 Disponible en: <https://lac.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/MSH-GTR-Report-Esp.pdf>
3. Estrategias para poner fin a la mortalidad materna prevenible (EPMM). Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2020. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51963/9789275322106-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
4. Organización Mundial de la Salud – OMS Mortalidad Materna. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
5. Organización Panamericana de la Salud. Escenarios de alcance de las metas del ODS 3 en la Región de las Américas. Disponible en: <https://www3.paho.org/ods3/wp-content/uploads/2020/09/Escenarios-de-alcance-de-las-metas-del-ODS-3-Mortalidad-Materna.pdf>
6. Maza-Arnedo F, Paternina-Caicedo A, Sosa CG, de Mucio B, et al. Maternal mortality linked to COVID-19 in Latin America: Results from a multi-country collaborative database of 447 deaths. Lancet Reg Health Am. [Internet]. 2022 Aug;12:100269. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2667193X22000862>
7. Centro de Estudios de Estado y Sociedad-CEDES-Argentina. Proyecto MM ALC COVID Diagnóstico rápido de los determinantes y factores contribuyentes al aumento de la mortalidad materna y perinatal durante la pandemia de COVID-19 en la región de América Latina y el Caribe Reporte integrado. 2022.
8. Tendencias de la mortalidad materna de 2000 a 2020: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and UNDESA/Population Division. Geneva: World Health Organization; 2023. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Disponible en: https://reliefweb.int/report/world/trends-maternal-mortality-2000-2020-estimates-who-unicef-unfpa-world-bank-group-and-undesapopulation-division-enarruzh?gclid=EAlaIQobChMlyorAxfSO_wlVin5MCh2ldwHpEAYASAAEgJkLPD_BwE
9. Organización Panamericana de la Salud OPS, tablero de Indicadores Básicos en el año 2022 y 2023. Disponible en: <https://opendata.paho.org/es/indicadores-basicos/tablero-de-los-indicadores-basicos>
10. CEPAL – CEPALSTAT, Bases de Datos y Publicaciones Estadísticas. Disponible en: <https://statistics.cepal.org/portal/cepalstat/dashboard.html?theme=1&lang=es>

-
- 
11. EWEC ALC en el área de “Perfiles de países con datos desagregados de los indicadores EWEC-LAC”. Disponible en: <https://www.everywomaneverychild-lac.org/perfiles-de-paises-con-datos-desagregados-de-los-indicadores-ewec-lac/>
 12. OCDE, Página web indicadores de salud. Disponible en: <https://www.oecd.org/health/panorama-de-la-salud-latinoamerica-y-el-caribe-2020-740f9640-es.htm>
 13. Organización Mundial de la Salud- Guía de la OMS para la aplicación de la CIE-10 a las muertes ocurridas durante el embarazo, parto y puerperio: CIE-MM Disponible en: <https://www.paho.org/clap/dmdocuments/CIE10MM.pdf>



INFORME SOBRE LA TENDENCIA DE LA MORTALIDAD MATERNA PARA EL PERIODO 2015 - 2021 PARA LOS PAÍSES DEL CONO SUR: CHILE, URUGUAY, PARAGUAY, BRASIL Y ARGENTINA, Y PRINCIPALES DETERMINANTES QUE HAN INCIDIDO EN LAS BRECHAS E INEQUIDADES DE LA SALUD MATERNA, Y SU PROFUNDIZACIÓN DURANTE LA PANDEMIA POR EL COVID-19

Noviembre 2024



**ORGANISMO ANDINO DE SALUD
CONVENIO HIPÓLITO UNANUE**