

ARCHIVO HISTÓRICO



El presente artículo corresponde a un archivo originalmente publicado en el **Boletín de la Escuela de Medicina**, actualmente incluido en el historial de **Ars Medica Revista de ciencias médicas**. El contenido del presente artículo, no necesariamente representa la actual línea editorial. Para mayor información visitar el siguiente

vínculo: <http://www.arsmedica.cl/index.php/MED/about/submissions#authorGuidelines>

SITUACION DE LA SALUD MATERNO INFANTIL EN CHILE

Drs. MARIA INES ROMERO SEPULVEDA*, PAULA BEDREGAL GARCIA**, GABRIEL BASTIAS SILVA***

Los problemas de salud de madres y niños han sido considerados de importancia, asignándoles la primera prioridad en los programas de intervención. Hasta hace una década la mayoría de los países latinoamericanos incluía algo más del 50% de su población en dichos grupos, pues como países demográficamente jóvenes contaban con más del 33% de sus habitantes entre los menores de 15 años y alrededor del 22% eran mujeres en edad fértil. En lo cualitativo, se reconoce la importancia de la madre en la mantención y desarrollo de la familia, así como la relevancia de niños y jóvenes en el desarrollo de un país.

Los programas de salud materno-infantiles en los países latinoamericanos han producido un notable impacto positivo, con descenso de las tasas de mortalidad y disminución de algunas tasas de morbilidad, especialmente de las enfermedades infecciosas transmisibles en general e inmunoprevenibles en particular. Ello ha generado cambios en el perfil de los problemas de salud, destacando la emergencia de algunos nuevos y la persistencia de otros, pero con diferentes características. Dado que la amplitud del tema de la salud materno-infantil impide el abordaje de todas sus áreas en profundidad, en este trabajo hemos optado por hacer un análisis a partir de algunos grupos de edad seleccionados.

MORTALIDAD INFANTIL

La mortalidad infantil (MI) se refiere a las muertes ocurridas durante el primer año de vida y se expresa como tasa por mil nacidos vivos (NV). Ha sido tradicionalmente considerado uno de los indicadores más sensibles de la situación de salud de una comunidad y también un buen indicador del nivel de vida.

En la MI se distinguen dos componentes: la mortalidad neonatal, que corresponde a las defunciones entre 0 y 27 días de vida, y la mortalidad infantil tardía, entre 28 días y 11 meses. Se acepta generalmente que la neonatal tiene estre-

cha relación con la atención maternal (prenatal y del parto), y que la tardía la tiene con las condiciones ambientales y la atención infantil.

Chile es en la actualidad uno de los países de América que presenta más bajas tasas, ocupando la cuarta ubicación entre 28 países, con una tasa de MI de 16 por mil NV para 1990, superado por Canadá, Estados Unidos y Cuba (tasas de 7, 10 y 13, respectivamente). La tasa chilena es semejante a la de Costa Rica, con 17, e inferior a la de Argentina, Colombia, Panamá, Surinam y Uruguay (tasas entre 20 y 60). Otras tasas de la región son: Brasil 63, Honduras 68, Perú 88, Haití 97 y Bolivia 110.

El notable descenso en la MI en los últimos 50 años (desde 191,6 por mil N.V. en 1940 a 16 en 1990) es consecuencia de los progresos en el nivel de vida, de los avances en la medicina y de la aplicación de éstos en programas de alta cobertura a través de la organización de salud, principalmente del sector público. En el área materno-infantil destacan los programas regulares (atención profesional del parto, control de niño sano, paternidad responsable), la implementación de políticas y leyes de protección a la madre y al niño y las actividades permanentes del Programa Nacional de Alimentación Complementaria y del Programa Ampliado de Inmunizaciones.

Investigaciones nacionales muestran que aunque las condiciones de vida son importantes, también lo es la atención médica. Es así como se encuentran correlaciones positivas entre el descenso de la MI con la atención profesional del parto ($r=0,91$); con horas médicas por mil habitantes ($r=0,90$); con consultas médicas por habitante ($r=0,76$). La instrucción de la madre también alcanzó una buena correlación ($r=0,84$), la cual es mayor que la observada con el ingreso ($r=0,65$).

Evolución

La Figura 1 presenta la evolución de la MI y la neonatal desde 1960 a 1990. El número de defunciones anuales y las

* Profesor Adjunto. Departamento de Salud Pública.

** Instructor. Departamento de Salud Pública.

*** Instructor. Departamento de Salud Pública.

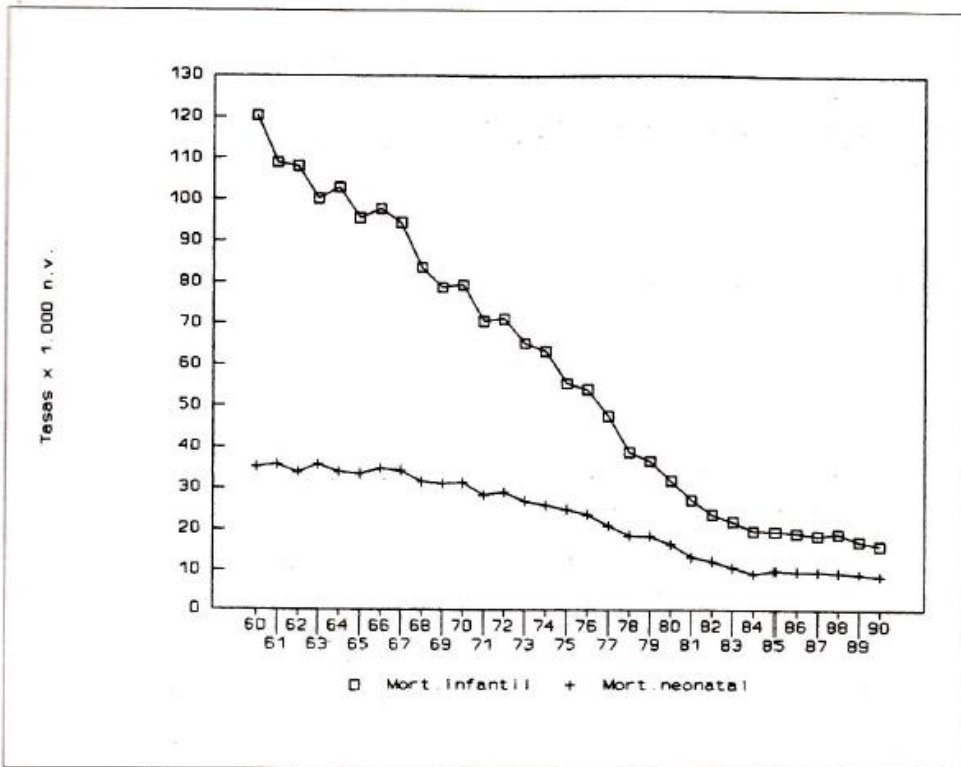


Figura 1. Evolución de las tasas de mortalidad infantil y neonatal en Chile desde 1960 hasta 1990. La diferencia entre ambas es la tasa de mortalidad infantil tardía.

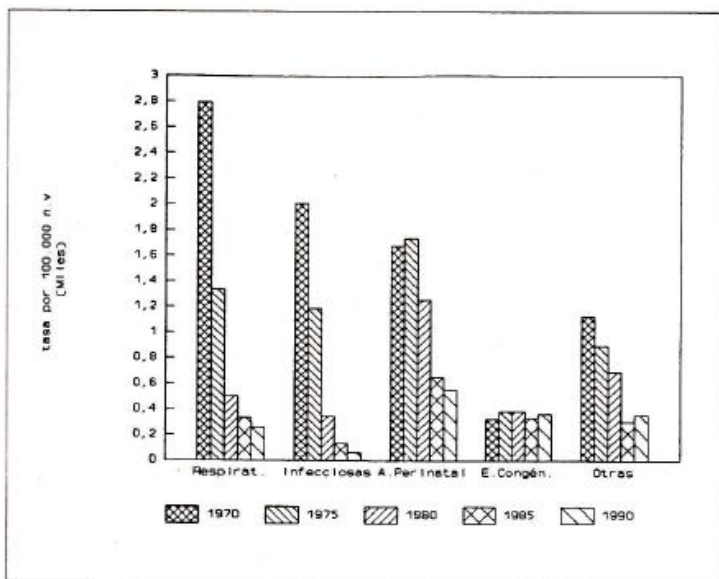


Figura 2. Evolución de las tasas de mortalidad infantil específicas por causas respiratorias, infecciosas, perinatales, congénitas y otras, entre 1970 y 1990.

respectivas tasas han disminuido en forma importante (86,7%), tanto para las muertes neonatales como para las infantiles tardías. En 1990 se llegó a una tasa de 16,0 por mil NV. El máximo descenso lo presentó la mortalidad infantil tardía con 91,2%, en tanto que la neonatal descendió en 75,9%. Desde 1985 la proporción de muertes infantiles tardías es mayor que las neonatales. Del total de muertes infantiles del país en 1990, 2.608 corresponden a neonatos, con una tasa de 8,5 por mil NV. De éstas, 2.078 se produjeron en los primeros días de vida. Con respecto a la mortalidad infantil tardía, ese año se registraron 2.307 muertes (tasa de 7,5).

Causas

La Figura 2 muestra que en el período 1970 a 1990 han disminuido especialmente las muertes de causas respiratorias e infecciosas, así como las perinatales.

En la Tabla 1 se muestran las principales variaciones de las causas específicas en el período 1962-1990. Destaca el importante aumento de las congénitas cardíacas y del sistema nervioso central, así como el descenso de sarampión, diarreas y neumonías. Los diferentes descensos han modificado la importancia relativa de las causas de muertes; las anomalías congénitas aumentaron su proporción de 4,1% a 22,9% de las muertes y los traumatismos y envenenamientos desde 1,4% a 14,8%. Es probable que en este último grupo, que también presentó un aumento de la tasa específica, haya influido un mejor registro estadístico.

El grupo de causa de muerte más importante y en menores de un año es el de las afecciones originadas en el período perinatal, con 1.700 defunciones, que representan un tercio de las muertes totales, con una tasa de 552,8 por 100 mil NV. Le sigue el grupo de congénitas, con 1.127 defunciones, con una tasa de 366,5 por 100 mil NV.

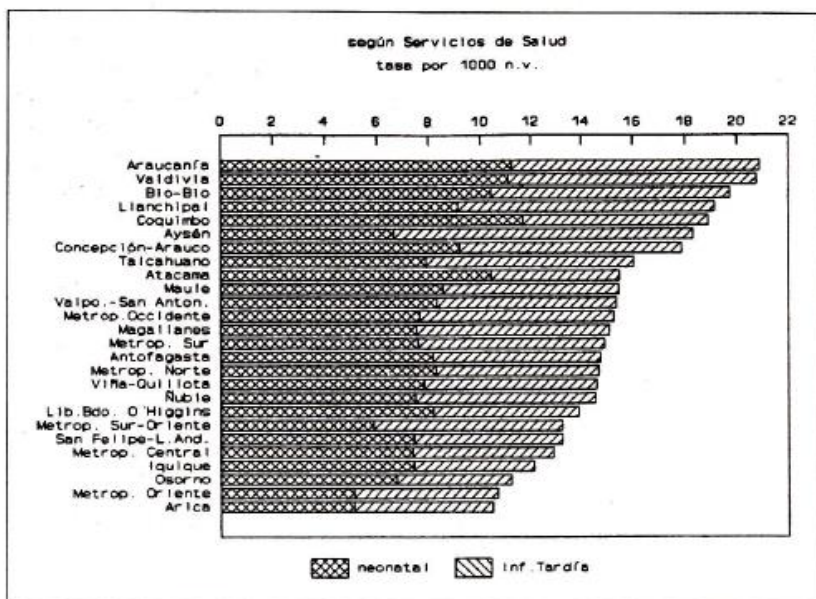
En la mortalidad neonatal, las afecciones originadas en el período perinatal constituyen la primera causa (61,0%), seguida de las anomalías congénitas (26,5%). Las enfermedades del aparato respiratorio representan el 5,8% y los traumatismos y envenenamientos el 4,1% de las muertes neonatales.

En la mortalidad infantil tardía, el primer lugar lo presentan las enfermedades del aparato respiratorio con un 28,0%; el segundo los traumatismos y envenenamientos con 26,7%, seguido de anomalías congénitas con 18,9%. Las afecciones perinatales ocupan sólo el 4,7% del total de las tardías.

Con respecto a diagnósticos específicos de muertes infan-

Tabla 1. Mortalidad infantil por causas. Variaciones más importantes 1962 - 1990

Causas específicas	Tasas por 10.000 N.V.		Variación (%)
	1962	1990	
Sarampión	357	0,3	- 98
Neumonías y BN	3.625	239	- 93
Enf. diarreaica	1.338	24	- 98
Malf. cong. cardiacas	12	124	+ 933
Malf. cong. SNC	4	106	+ 2.550
Inhalación-ingestión	37	186	+ 402
Mal definidas/inmadurez	3.220	451	- 861

**Figura 3.** Distribución geográfica de las tasas de mortalidad infantil neonatal y tardía en Chile en 1990.

tiles destacan la bronconeumonía, que produce 12,8% de éstas, la aspiración de líquidos o de vómitos (9,6%), la inmadurez extrema (9,3%) y la membrana hialina (5,8%). Cabe señalar que las diarreas infantiles sólo causan 1,5% de las defunciones, cifra indicativa del éxito de los programas de control.

Distribución geográfica

La MI chilena, tan baja dentro del contexto latinoamericano, esconde marcadas diferencias al interior del territorio nacional. Esto revela una falta de equidad en salud, cuyas cau-

sas pueden estar en las políticas regionales, en la implementación de los programas y en la situación socioeconómica.

La Figura 3 muestra las tasas según Servicios de Salud. El mayor riesgo de muerte para el menor de un año se observa en Araucanía (20,9), Valdivia (20,8), Bío-Bío (19,7), Llanchipal (19,1), Coquimbo (18,9) y Aysén (18,3). En cambio, los Servicios con menor MI son Arica (10,5), Metropolitano Oriente (10,7) y Osorno (11,2).

Los Servicios de Salud que concentran mayor proporción de muertes en menores de un año son, en orden decreciente: Araucanía con 9,7% del total de defunciones del país, Metropolitano Sur con 7,4%, Metropolitano Occidente con 7,4%; Maule con 6,3% y Metropolitano Sur-Oriente con el 6,3%. Estos cinco servicios concentran el 31,6% del total de muertes del país.

Los Servicios de Salud con mayor tasa de mortalidad neonatal son: Coquimbo (11,7), Araucanía (11,2) y Valdivia (11,1). Los Servicios que presentan la mayor tasa de muertes infantiles tardías son: Aysén (11,7), Llanchipal (10,0), Araucanía y Valdivia (9,7) y Bío-Bío (9,3).

Evitabilidad

En el año 1982 se introdujo en el país la auditoría de muerte infantil y fetal tardía como mecanismo de evaluación de la atención de salud, y se sistematizó la utilización de las definiciones recomendadas por el Comité de Expertos en Estadísticas de Salud en relación a nacidos vivos, muerte fetal, aborto, etcétera. A partir de la información que aportaron las auditorías, se hizo manifiesta la existencia de puntos críticos en el sistema de atención y de muertes evitables. De acuerdo a especialistas, cerca de un tercio de las muertes infantiles tienen el carácter de evitable.

Gattini y cols realizaron un importante estudio de la MI a partir de las auditorías y de la opinión de los propios equipos locales en cuanto a evitabilidad de defunciones en dos situaciones: sin agregar tecnología, lo que denominaron evitabilidad con tecnología básica (que es la que se tiene en los servicios públicos), y con alta tecnología. El análisis concluyó que la MI a nivel nacional podría disminuir de 16,0 a 11,5, mientras que en los Servicios de tasas extremas la reducción podría ser de 20,9 a 13,7 en Araucanía y de 10,5 a 8,1 en Arica. La mortalidad neonatal podría disminuir en Chile de 8,5 a 7,2, mientras que en los Servicios de tasas extremas la caída podría ser de 20,9 a 13,7 en Araucanía y de 10,5 a 8,1 en Arica. La mortalidad infantil tardía, a nivel nacional podría disminuir de 7,5 a 4,0, mientras que en los Servicios de tasas extremas el descenso podría ser de 11,2 a 8,9 por mil en Araucanía y de 5,1 a 4,0 en Arica.

A pesar de que actualmente la mortalidad infantil tardía es

EVOLUCION DE LAS TASAS DE NATALIDAD CHILE, 1952 - 1991

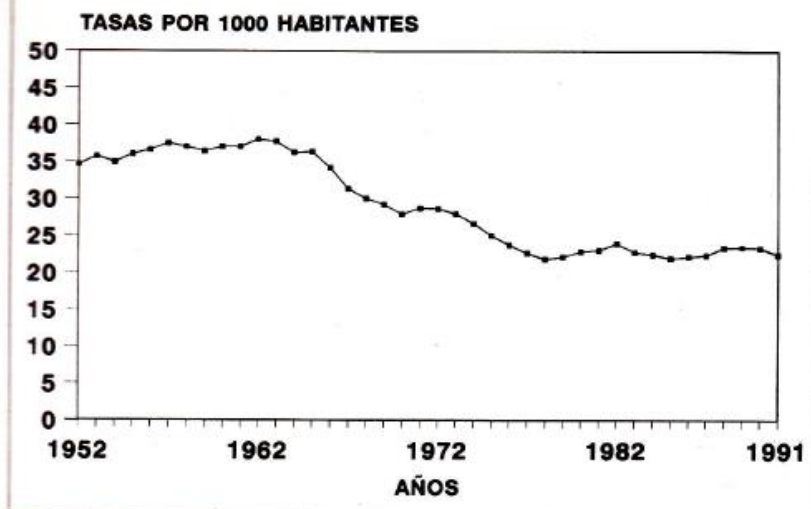


Figura 4. Evolución de la tasa de natalidad en Chile entre 1952 y 1991.

Tabla 2. Tasas de fecundidad específicas por quinquenios de edad materna. 1960 - 1990

Edad	Tasas por 1.000 mujeres				Reducción
	'60	'70	'80	'90	
10 - 14		1,4	1,2	1,2	14
15 - 19	80	72	62	64	20
20 - 24	229	143	148	142	38
25 - 29	261	164	133	138	47
30 - 34	223	121	83	98	56
35 - 39	153	85	46	51	67
40 - 44	67	40	17	14	79
45 - 49	15	8	3	1	93

más baja que la neonatal, la evitabilidad estimada permite sustentar que aún es posible obtener un mayor impacto en la edad infantil tardía.

SALUD DE LA MUJER

Las mujeres de 15 a 49 años, consideradas demográficamente en edad fértil, alcanzaron en 1992 un total de 3.616.199, lo que representa el 27% de la población total. A su vez, el grupo de 15 a 29 años - en el cual se concentran los nacimientos - representa el 50,7% del grupo total.

Natalidad

En la Figura 4 se aprecia que la tasa de natalidad (nacimientos por 1.000 habitantes) se mantuvo alrededor de 35 hasta mediados de la década de los 60, disminuyó en forma importante desde 1965, alcanzando un mínimo de 21,8 en 1978 con una tendencia a la estabilizarse alrededor de 22 por mil en los últimos años. Las variaciones regionales son marcadas, con un máximo de 28,5 para la Tercera Región y un mínimo de 17,9 en la XII. La atención profesional del parto ha alcanzado coberturas muy altas, producto de políticas de salud explícitas, siendo la cifra global para el país de 99,1%, con un rango desde 99,9 (XII Región) a 97,9 (IX Región).

Otra forma de medir el fenómeno de los nacimientos es mediante las tasas de fecundidad, que expresan el número de nacimientos en relación a mujeres. En la Tabla 2 se muestran las tasas de fecundidad específicas por quinquenio de edad entre 1960 y 1990. La información para el grupo menor de 15 años, si bien poco precisa por ser las cifras relativamente pequeñas, muestra que el fenómeno del embarazo en adolescentes no es de gran magnitud en lo cuantitativo y que no muestra una tendencia clara al aumento, como podría esperarse por la relevancia que se da al tema. En rigor, el impacto del problema es de índole cualitativa, como se discute en el capítulo de adolescencia. Se observa, asimismo, la clara tendencia al descenso de todas las tasas, siendo los porcentajes de reducción más altos a mayor edad, particularmente sobre los 40 años, en que los riesgos materno-perinatales son más elevados. En la Tabla 3 se observa un aumento de la producción de primeros hijos (más 70%) y de segundos (más 67%), con una concomitante disminución de hijos quinto y cuarto (menos 85% y menos 36% respectivamente) lo que está revelando una clara tendencia a la disminución del número de hijos por mujer.

Mortalidad Materna

El riesgo de morir por causa de una complicación del embarazo, del parto o del puerperio ha disminuido en nuestro país en forma sostenida en los últimos 30 años. La tasa de mortalidad materna en 1964 fue 28,3 por 10.000 nacidos vivos, alcanzando 3,7 en 1991, lo que representa un 87% de disminución. Este notable avance obedece a múltiples factores, entre los que destacan la mejoría de las condiciones de vida, el aumento de la cobertura de las atenciones proporcionadas por los servicios de salud pública y los avances científicos y tecnológicos en la disciplina ginecoobstétrica.

La mortalidad materna aumenta en ambos extremos de la edad fértil. Sin embargo, esta situación se exagera artificialmente dado el reducido número de embarazos que ocurren en estas edades.

MORTALIDAD MATERNA POR 10.000 NAC. VIVOS SEGUN GRUPOS DE CAUSAS, CHILE 1952-1991

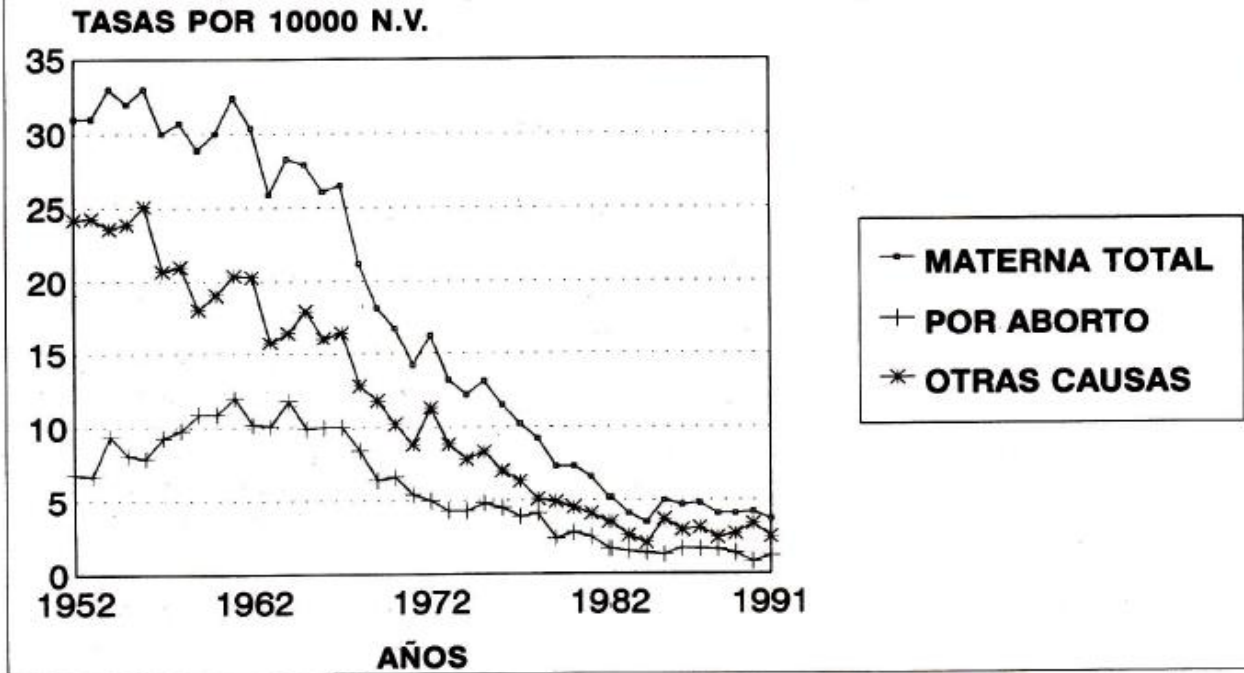


Figura 5. Evolución de las tasas de mortalidad materna total, por aborto y por otras causas en Chile entre 1952 y 1991.

Tabla 3. Fecundidad según orden de nacimiento. 1960 - 1990

Orden	Porcentaje de nacimientos según orden años seleccionados		
	1960	1990	% de variación
1	24	41	+70
2	18	30	+67
3	14	17	+21
4	11	7	-36
5 y más	33	5	-85

El aborto sigue ocupando el primer lugar entre el grupo de causas de muerte materna; aun cuando el número absoluto de muertes por aborto ha disminuido en los últimos treinta años, su peso relativo permanece elevado (Figura 5). No obstante, la magnitud del aborto está subestimada debido a problemas de registro, dado que las prácticas abortivas, bajo cualquiera circunstancia, están penadas por la legislación chi-

lena. La segunda gran causa de muerte materna son los problemas hipertensivos del embarazo, del parto y del puerperio. Las muertes por las dos causas señaladas sumadas dieron cuenta del 44% de las muertes en Chile el año 1991 (47 muertes por aborto de un total de 107 muertes).

REFERENCIAS ESCOGIDAS

1. Las condiciones de Salud de la Américas. Publicación Científica #524. Organización Panamericana de la Salud. Washington DC. 1990.
2. Anuario Demografía. Instituto Nacional de Estadísticas/ Ministerio de Salud/ Servicio de Registro Civil e Identificación. 1990.
3. Gattini C., Solís FV., Zurita D., "Estrategias y prioridades de la atención de salud de nivel primario para la Prevención de las Defunciones Infantiles". Unidad de Análisis, Departamento de Planificación, División de Planificación y Presupuesto, Ministerio de Salud, Chile/ Colaboración financiera de la Agencia Interamericana para el Desarrollo (AID). Junio 1992.
4. Censo de población y vivienda. Instituto Nacional de Estadísticas. Chile, 1992.
5. Boletín de la Escuela de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile. Vol 22 N°2 1993.