



# Una mirada a la salud materna en Chile 2000 a 2016



## Tabla de contenido

---

<b>ABREVIACIONES</b> .....	3
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	4
<b>I. CONTEXTO INTERNACIONAL: Objetivos de Desarrollo Social – Organización Naciones Unidas (ONU)</b> .....	6
I.1. Objetivos de Desarrollo del Milenio 2000-2015 .....	6
I.2. Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible .....	7
<b>II. POLÍTICAS DE SALUD EN CHILE</b> .....	8
<b>III. ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD - CHILE</b> .....	14
III.1. Estrategia Nacional de Salud 2000-2010.....	14
<b>IV. MORTALIDAD MATERNA</b> .....	16
IV.1. Causas de mortalidad materna .....	19
IV.2. Mortalidad materna en el mundo.....	25
<b>V. PARTO PROFESIONALIZADO</b> .....	30
V.1 Tipo de parto y aborto .....	32
<b>VI. CONTROLES PRECONCEPCIONALES</b> .....	35
<b>VII. CONTROLES PRENATALES</b> .....	38
<b>VIII. FECUNDIDAD Y SU REGULACIÓN</b> .....	40
VIII.1 Tasa de fecundidad .....	42
VIII.2 Regulación de la fecundidad .....	45
<b>RECAPITULACIÓN</b> .....	47
<b>RECOMENDACIONES A LAS AUTORIDADES</b> .....	57
<b>GLOSARIO DE TÉRMINOS</b> .....	65
<b>BIBLIOGRAFÍA</b> .....	69
<b>ANEXOS</b> .....	75
Anexo 1. Defunciones y Mortalidad en el embarazo, parto o puerperio, según grupo de causas. Chile, 2000 a 2016. ....	75
Anexo 2. Países seleccionados según región y PIB per cápita (en dólares) para el año 2015. ....	76
Anexo 3. Controles prenatales según profesional de la salud, Chile 2000-2016. ....	77

## ABREVIACIONES

---

**CIE-10** Clasificación internacional de enfermedades 10.<sup>a</sup> edición

**DEIS** Departamento de Estadísticas e Información de Salud

**DIU** Dispositivo Intrauterino (tipo de método anticonceptivo)

**ITS** Infecciones de transmisión sexual

**MAC** Métodos Anticonceptivos

**ODM** Objetivos de Desarrollo del Milenio

**ODS** Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible

**OMS/WHO** Organización Mundial de la Salud/World Health Organization

**ONU** Organización Naciones Unidas

**OPS** Organización Panamericana de la Salud

**REM** Resúmenes Estadísticos Mensuales

**RMM** Razón de Mortalidad Materna

**SIDA** Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida

**SNS** Servicio Nacional de Salud

**SNSS** Sistema Nacional de Servicios de Salud

**tGF** tasa Global de Fecundidad

**TMM** Tasa de Mortalidad Materna

**TMMTotal** Tasa de Mortalidad Materna Total (incluye las muertes maternas tardías)

**VIH** Virus de la Inmunodeficiencia Humana

## INTRODUCCIÓN

---

El Estado chileno, a partir del siglo XX comienza la creación de códigos, programas, políticas públicas, organismos e instituciones que se han enfocado, en diferentes medidas, a mejorar la salud de las personas, siendo la salud materna uno de los principales enfoques en materia de salud pública. No obstante, los recursos, población, objetivos y fines últimos no han sido los mismos a través del paso de los años, por lo que las transformaciones en materia de salud sexual y reproductiva han sufrido cambios, ya sea en el plano de lo discursivo, de las acciones o del valor simbólico que se les ha asociado.

Las políticas de salud en Chile tuvieron desde sus inicios una clara orientación hacia la salud materno-infantil; desde un enfoque de desarrollo social-económico y de modernización del país, los programas de salud materna fueron en un inicio debido para la reproducción de la clase obrera y de la familia; luego como indicador de desarrollo económico; y finalmente vista desde el enfoque de Derechos Humanos en el acceso a la salud sexual y reproductiva<sup>1</sup>. A partir de la década de los 60, debido a las altas tasas de mortalidad materna comenzaron a gestionarse políticas de planificación familiar y regulación de la fecundidad, generándose claras intenciones para la reducción de la mortalidad materno-infantil, creando los primeros programas enfocados a la salud de la mujer junto a la entrega de métodos anticonceptivos hormonales y dispositivos intrauterinos (t de cobre).

Las reestructuraciones del sistema de salud público, la incorporación del modelo neoliberal, la modernización del Estado, la globalización y el enfoque de Derechos Humanos, han provocado que durante los últimos 40 años las políticas orientadas a esta materia hayan cambiado, generando nuevos programas en los cual las mujeres son beneficiarias. Destinando recursos a la cobertura en controles preconceptionales, parto profesionalizado, entrega de vitaminas y medicamentos, métodos de regulación de la fecundidad, entre otros. Estos esfuerzos han implicado transformaciones en las causas de muerte materna y el

---

<sup>1</sup> Cabe destacar que el pasar de los años no ha significado la eliminación de algunos de los enfoques, sino más bien de continuidades y transformaciones que toman las experiencias del pasado.

momento en el cual sucede esto, por lo que debemos poner nuestra mirada en los nuevos desafíos que trae la década para generar condiciones de vida que mejoren el bienestar de las mujeres a lo largo de su ciclo vital.

De igual forma, en el resto del mundo la salud materna y en especial la mortalidad materna han sido igualmente preocupante que en Chile, desde la cual se ha dado cuenta que la mortalidad materna funciona como un indicador de desigualdad social y económica entre regiones del mundo, ya que los continentes en vía de desarrollo (África, Asia y América Latina y el Caribe) acumulan el 99% de las muertes maternas para el año 2015. Para afrontar las desigualdades entre regiones, las Naciones Unidas en conjunto con los Estados Miembros han realizado dos grandes agendas de objetivos para el desarrollo de los países más vulnerables: Objetivos de Desarrollo del Milenio (2000-2015) y Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible (2015-2020), generando objetivos, metas e indicadores para medir, evaluar y monitorear la reducción de las desigualdades en el mundo, dentro de los cuales un conjunto se encuentra dedicado a la disminución de la mortalidad materna a nivel global.

El presente informe tiene como objetivo caracterizar el estado de la mortalidad materna y los controles de salud de la mujer en el embarazo, parto y puerperio en la atención primaria del sistema de salud; en comparación a las Estrategias Nacionales e Internacionales, entre los años 2000 y 2016 en Chile. A partir de la sistematización documental de las estadísticas oficiales del Ministerio de Salud, se busca generar un panorama general de las características de las muertes maternas y de los factores de riesgo de morbilidad y mortalidad relacionadas con el embarazo, lo que permite formular estrategias de intervención, prevención y educación, y entregar recomendaciones y acciones claras para la disminución de la mortalidad materna en Chile.

La principal fuente de datos utilizada para generar el informe proviene del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS), organismo a cargo del Ministerio de Salud. Estos datos son transferidos desde los Servicios Nacionales de Salud de Chile y del Registro Civil, donde la/os funcionaria/os de salud y trabajadora/es del Estado tienen el rol fundamental de reportar los datos apropiadamente.

## I. CONTEXTO INTERNACIONAL: Objetivos de Desarrollo Social – Organización Naciones Unidas (ONU)

---

### I.1. Objetivos de Desarrollo del Milenio 2000-2015

El año 2000 se determinaron los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), los cuales fueron definidos por los mandatarios de 189 países adheridos a la Organización de las Naciones Unidas (ONU), quienes acordaron ocho objetivos de desarrollo, orientados a reducir la pobreza en sus diferentes dimensiones, tales como educación, pobreza, igualdad de género y salud materna, entre otros. Estos Objetivos en un periodo de 15 años cada país debía generar estrategias para alcanzar las metas determinadas según cada objetivo. Los ODM plantean dentro de sus objetivos distintos ejes temáticos, entre ellos, la salud materna. Al respecto, el Objetivo N° 5 “Mejorar la salud materna” tiene dos grandes metas, el primero es **“Reducir, entre 1990 y 2015, la tasa de mortalidad materna en tres cuartas partes”** y el segundo “Lograr, para 2015, acceso universal a la salud reproductiva”(1).

Estos objetivos surgen en un contexto internacional donde aproximadamente 528.000 mujeres murieron por causa materna en todo el mundo durante el año 2000, siendo la gran mayoría de estas muertes en los continentes África y Asia (95%); América Latina y el Caribe reportaron 22.000 (4%), mientras que el resto de países desarrollados acumuló 2.5000 muertes maternas, dando cuenta que existen grandes diferencias entre los países con menores niveles de desarrollo en contraposición a los países que no. Es decir, las mujeres tienen mayores probabilidades de morir por causa materna en países en desarrollo que en los países desarrollados, donde el acceso a la salud sería uno de los grandes contribuyentes a que sucediera esta situación (1).

Por otro lado, el reporte “La salud y los Objetivos de Desarrollo del Milenio” identifica que “la asistencia de personal calificado en el parto puede contribuir a reducir la mortalidad materna”(1), ya que el parto profesionalizado genera menores riesgos en las causas asociadas a la muerte materna tal como lo es la hemorragia. Los partos asistidos han aumentado progresivamente desde el año 1990, donde las regiones de África Septentrional

y Asia Oriental y Suroriental aumentaron sus cifras en más de un 30%, alcanzando una cobertura que sobrepasa el 60% de los partos. En el caso de América Latina, la región se encontraba en rangos bastante elevados en comparación al resto de las regiones, logrando ascender de una cobertura del 74% al 86% para el año 2003.

Con el fin que los objetivos y metas sean medibles y comparables entre los países, se han planteado dos indicadores para el objetivo N°5, los cuales se muestran en el siguiente cuadro N°1:

<b>Cuadro 1. Objetivos del Milenio - Objetivo 5: Mejorar la salud materna</b>		
<b>Meta 6</b>	Reducir, entre 1990 y 2015, la tasa de mortalidad materna en tres cuartas partes	16. Tasa de mortalidad materna
		17. Porcentaje de partos con asistencia de personal sanitario especializado

Elaboración propia según datos “La salud y los Objetivos de Desarrollo del Milenio” (1).

## I.2. Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible

El paso siguiente que emprendieron los Estados Miembros de la ONU en cuanto al desarrollo, es la agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible (ODS), la cual da sus inicios en el año 2015, planteando 17 objetivos en diversas áreas, tal como educación, salud, pobreza, medio ambiente e igualdad de género, entre otros, a través de los cuales se busca “transformar el paradigma de desarrollo actual en uno que nos lleve por la vía del desarrollo sostenible, inclusivo y con visión de largo plazo” (2). El objetivo N°3 “Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades”, la cual contiene 9 metas y 4 recomendaciones para los Estados. La primera de ellas está orientada a la reducción de la mortalidad materna, la cual busca que **“de aquí a 2030, reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos”** (2).

Esta meta busca por tanto triplicar los esfuerzos ya realizados entre los años 1990 y 2015, aumentando la proporción por del 2,3% a 7,5% en la media de RMM (3); es decir a 25 años de los Objetivos del Milenio, la tasa de mortalidad materna (TMM) disminuyó un 44% pasando de 385 en 1990 a 216 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos en 2015, teniendo que reducir aquella cifra a nivel mundial en un 67,6% aproximadamente.

A pesar de los avances en materia de salud, aún siguen muriendo miles de mujeres por causas asociadas al embarazo, parto o puerperio, causas que pueden ser prevenibles con esfuerzos económicos y políticos para mejorar el sistema de salud en los países, más aún en los países en desarrollo, ya que casi el 99% de las muertes maternas ocurren en los países en vía de desarrollo, donde la tasa de MM es 14 veces mayor que los países desarrollados (3).

Dentro de las recomendaciones que propone la Agenda sobre el objetivo N°3, está el aumentar la financiación en salud, capacidad y retención del personal sanitario, además de reforzar la capacidad en alerta temprana, reducción de riesgos y gestión de riesgos en salud, especialmente en los países en desarrollo (3).

Los indicadores seleccionados por la Agenda corresponden a los mismos utilizados en los ODM, correspondiendo a los descritos en el siguiente cuadro N°2:

<b>Cuadro 2. Agenda 2030 -Objetivo 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades</b>		
<b>Meta 3.1</b>	De aquí a 2030, reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos	3.1.1. Tasa de mortalidad materna
		3.1.2. Porcentaje de partos con asistencia de personal sanitario especializado

Elaboración propia según datos “Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenibles: Una oportunidad para América Latina y el Caribe” (2).

## II. POLÍTICAS DE SALUD EN CHILE

En Chile la salud comienza a ser una preocupación de lo público a principios del siglo XX, contexto de industrialización incipiente, y donde las migraciones campo-ciudad readecuaron las formas de convivencia entre las personas, teniendo efectos en la salud, las relaciones de género, la economía y la política. Las altas tasas de mortalidad materno-infantil y la propagación de enfermedades transmisibles son los factores claves por los cuales el Estado chileno comienza a intervenir y a desarrollar políticas orientadas a la salud. La historiadora María Soledad Zárate comenta que antes de 1920 los servicios de salud eran

otorgados por hospitales de Beneficencia, comunidades religiosas, estudiantes y médicos, en donde la salud sería más bien una preocupación de la caridad de instituciones privadas que de lo colectivo (4).

A partir de 1924 comienzan a divisarse mayores preocupaciones estatales hacia asuntos de salud pública, especialmente con la materialización de las leyes y códigos sanitarios creados en 1892 y 1918, en la creación del Ministerio de Higiene, Asistencia y Trabajo y Previsión Social; y con la Constitución de 1925, donde “el Estado asume la responsabilidad de garantizar el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y rehabilitación del individuo” (5). Por primera vez hubo una clara declaración estatal por la preocupación de la salud de las personas, pasando de esta manera de una preocupación privada-individual a una más cercana a lo público-colectivo (4,5).

En 1938, durante el gobierno de Pedro Aguirre Cerda se aprueba la Ley N°6.174 de medicina preventiva y la Ley N°6.236 de Madre y el Niño, la cual establece exámenes médicos preventivos para las mujeres embarazadas y controles hasta los dos años de edad para las/os niñas/os, en la cual se entregan subsidios monetarios o con leche a las madres que cumplían con los controles prenatales y posnatales (5,6). Con ello se buscó resolver la inequidad en las prestaciones sociales que solo cubrían a las personas que estaban dentro del mercado laboral, por lo que las atenciones solo cubrían a aquellas mujeres que tenían empleos, y había una creciente preocupación por la nutrición especialmente de los niños y madres solteras. Estas últimas, fueron sujetas de especial interés, debido a que el Programa materno-infantil incentivaba el adecuado cuidado de los hijos, y por otro lado, la formalización del vínculo afectivo por medio del matrimonio y del reconocimiento legal del hija/os. De esta manera, se incentiva el modelo de familia nuclear, derivada de las preocupaciones sociales y sanitarias que repercutían en las madres solteras (6).

No hubo grandes avances en programas o políticas que estuvieran orientadas a solidificar la salud pública en Chile, sino hasta 1952 con la creación del Servicio Nacional de Salud (SNS), organismo que se encargó de generar estructura y planificación para la prevención y promoción de la salud de la/os chilena/os, generando un dispositivo y red integrada de

servicios que le entrega mayor acceso de la salud a la población. El SNS amplió la acción que ya tenían las instituciones de beneficencia, Seguro Obrero y Sanidad, generando niveles de atención médica (primario, secundario y terciario).

En la década de los años 60 la tasa de mortalidad materna era de un 27,9 por cada 100.000 nacidos vivos donde un tercio de aquellas defunciones era provocado por aborto. Junto con ello, solo 52% de las mujeres accedía al parto profesionalizado (7). Es ante este contexto nacional y siguiendo las preocupaciones que habían destacado durante la primera mitad del siglo XX, los gobiernos de Eduardo Frei Montalva (1964-1970) y Salvador Allende (1970-1973) darían especial énfasis a las políticas de planificación familiar (PFF) y natalidad, donde con esfuerzos estatales y de otros organismos tales como Naciones Unidas, International Planned Parenthood Federation (IPPF), Asociación Chilena de Protección de la Familia (APROFA), el Comité de Protección de la Familia y la Universidad de Chile. Estas instituciones, buscaban dar respuestas a la problemática del crecimiento poblacional y a las condiciones de insalubridad que vivían las personas más pobres del país (8), haciendo énfasis en la 'paternidad' responsable para continuar con aquellas ideas de los años 30 en la generación de la familia nuclear y así dar pasos hacia la modernización de la sociedad. Así, el embarazo no planificado, las/os hijas/os no deseados, el aborto 'infectado' y los embarazos múltiples generaban condiciones de vulnerabilidad en las familias, ya que estas o perdían a sus madres (sustentadoras de la vida reproductiva-cuidado) o no podían mantenerse económicamente aumentando los niveles de pobreza en el país, lo cual traía consigo otros problemas asociados, como la seguridad social, educación, trabajo, entre otros (9).

La preocupación estatal por la natalidad, morbilidad y mortalidad materno-infantil "se debe, por un lado, a un interés en proteger la vida de las madres y, por otro, apunta a la promoción de un plan de desarrollo nacional que a través de la regulación de la fertilidad lograra la modernización nacional" (8), siendo así no sólo una preocupación por la salud de las personas, sino que también sería parte de un proyecto más amplio e internacional de desarrollo, en el cual las políticas y fondos internacionales tendrían incidencia en la formulación de las próximas políticas de salud materna-infantil (10).

De esta forma, en 1965 el SNS daría inicio a la Política de Planificación Familiar, dando paso a la prevención de los 'males' que aquejaban la salud de la mujer, siendo la investigación y entrega de métodos anticonceptivos (MAC) uno de los grandes avances en esta materia, la cual venía en conjunto de la educación de 'paternidad' responsable dedicada a las mujeres y formación a las/os profesionales de la salud. La regulación de la natalidad pasaría en 1967 a contenerse dentro de la Política de Población y de Salud Pública, la cual tendría dentro de sus objetivos el reducir la tasa de mortalidad materna e infantil y promover el bienestar familiar, por medio de la educación parental (9). Estas políticas significaron un gran avance en materia de salud pública, en el cual el Estado mostraría intenciones claras de ser el responsable de generar condiciones óptimas para el nacimiento y desarrollo de la/os niña/os y de sus madres. Aun así, estas políticas dejaban al debe la destinación de recurso para controles para el tratamiento y prevención de la morbilidad materna; y de la salud psicosocial de la mujer, en la cual las tareas asignadas al género femenino tendrían incidencias en la salud de aquellas, por lo que aún quedaría mucho camino por recorrer en materia de salud materno-infantil.

Con el gobierno de Allende esto tendría un giro importante, ya que dentro de las primeras medidas que tomó en este ámbito fue reformular el programa pero pasando a la atención integral, generando el Programa de Salud Integral de la Mujer (PAIM). Este programa consideraba por atención integral la atención ginecológica a mujeres en edad fértil (hasta los 45 años de edad). Dicho programa tuvo como población objetivo a las mujeres en edad fértil, las atenciones serían enfocadas en " (...)planificación familiar, control del embarazo, parto, puerperio, prevención del cáncer, problemas de esterilidad" (9), con el fin de lograr el bienestar en la familia ya sea de manera económica, laborar, en la vivienda y sanitario.

PAIM consideraba de igual forma la salud de la primera infancia, comprendida esta hasta el primer año de edad. De esta manera en conjunto con el Sistema de Naciones Unidas se creó el Programa de Extensión en Salud Materno Infantil y Bienestar Familiar (PESMIB), siendo un trabajo en conjunto con el PAIM, se lograron reducir las tasas de mortalidad materno-infantil y se destinaron un presupuesto de casi 2 millones de dólares para la entrega de anticonceptivos (5,11). Entre las actividades destacadas que entregaba el SNS durante estos

años, está la coordinación con el Ministerio de Educación para la capacitación de las mujeres en esta materia, la entrega ½ litro de leche diario a embarazadas y niñas/os, y el aumento del postnatal de 45 a 90 días (7).

El quiebre de la democracia en 1973 durante el gobierno de Salvador Allende con la dictadura militar de Augusto Pinochet (1973-1990) trajo consigo importantes reformas estructurales a partir de la refundación del modelo económico del país, lo que condujo la neoliberalización del país, lo que no solo afectaría el mercado y las relaciones empleador-trabajador, sino que todos los aspectos que componen la vida, donde la salud no estaría exenta de cambios. La Política de Población (1979) declaraba las intenciones estatales pronatalistas, en donde la regulación de la fecundidad iba en contra de los principios declarados por la Política de Población, ya que el Estado buscaba generar una población extensa para defender la nación. En este sentido la entrega de MAC e información sobre planificación familiar se restringe en recursos materiales y humanos, retrocediendo en materias de salud pública y en los grandes avances de las décadas pasadas. En el marco de estas políticas de reducción de derechos, en 1989 se deroga el artículo N°119 del Código Sanitario (1931) que permitía el aborto, pasando a la ilegalidad, incluso el aborto terapéutico (10).

Otro de los grandes cambios que se generaron en este periodo fue el cambio del SNS a Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS), creándose el Instituto de Salud Pública (ISP) y el Fondo Nacional de Salud (FONASA), reformas que generan una creciente privatización de la salud, viéndose reflejado en la reducción de recursos monetarios y humanos en el sistema público de salud, además la atención primaria de salud ahora estaría a cargo de las municipalidades con privatización directa o indirecta (12). La privatización de la salud en la búsqueda por dar mayores alternativas en las prestaciones, lleva consigo reducción del gasto público y del estado subsidiario. Siguiendo esta línea en 1981 se crea las Instituciones de Salud de Previsional (ISAPRES) las cuales son instituciones privadas que prestan servicios de salud de acuerdo al modelo de oferta-demanda. Dentro de las justificaciones para generar este tipo de medidas se encontraban el "(...) optimizar la oferta de prestaciones y beneficios a sus afiliados"(5), utilizado en mayor medida por la clase media y alta.

Con el retorno a la democracia, tienen lugar las reestructuraciones en sistema en el salud, donde a pesar de continuar con el modelo instaurado en dictadura, se comienzan a realizar mayores gastos en lo público y por lo tanto en la salud, retomando nuevamente mirada en la salud de la mujer. En 1991 se crea el Programa de Salud Materna y Perinatal, el cual tiene como propósito el contribuir al desarrollo integral de la mujer el enfoque gineco-obstétrico, generando servicios enfocados en la prevención y recuperación de la salud de la mujer, el producto del embarazo y la/el recién nacida/o. Este programa busca fomentar la preparación y educación de la maternidad afectiva; reforzar la salud de las mujeres en edad reproductiva; prevenir enfermedades en la embarazada y feto; y, reducir la morbilidad y mortalidad obstétrica, perinatal y ginecológica (13).

El 1997 bajo el contexto internacional de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (1994), la Cumbre Mundial para el Desarrollo Social, (1995), y la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (1995), se transforma el anterior Programa de Salud Materna y Perinatal creándose el Programa de Salud de la Mujer. Este nuevo Programa “se propone agregar aspectos de salud no reproductivos [salud mental, salud laboral, atención en el período postmenopáusico] e incorporar el enfoque de Género en las actividades programáticas” (14), siendo el propósito el contribuir a al a promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y autocuidado de la salud de la mujer en todo su ciclo vital. De esa forma, el Programa genera acciones y servicios en los 3 niveles de salud y según ciclo reproductivo, dando atenciones: preconcepcional; prenatal; salud mental perinatal (parto y postparto); lactancia; consejería en salud sexual y reproductiva; regulación de la fecundidad; ginecológico preventivo; morbilidad obstétrica y ginecológica; climaterio; infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA; nutricional; dental; y, además se realizan actividades enfocadas a la educación y promoción de la salud incluyendo el comunitario.

Otro de los avances que se realizan en la creación del Programa de Salud de la Mujer, es la incorporación del enfoque de género, desde el cual se comprende que la salud de la mujer se ve afectada por sus múltiples tareas de reproducción y producción en la sociedad. De esta manera, se avanza en el reconocimiento que hay necesidades y riesgos que son

diferentes por sexos, en donde los roles asignados por el sistema sexo género generan desigual acceso y control sobre la propia salud y la de los demás.

El año 2007 se origina el Subsistema de Protección Integral a la Infancia, Chile Crece Contigo (ChCC)<sup>2</sup> el cual busca acompañar, proteger y apoyar integralmente a todos las/os niñas/os y a sus familias (15). Por lo cual, el propósito de ChCC generar condiciones de igualdad de derechos y oportunidades a las/os niñas/os por medio del apoyo biopsicosocial durante el desarrollo de su primera infancia, ciclo vital que incluye la gestación de aquellas/os. En este sentido, ChCC trabaja inter-programáticamente con el Programa de Salud de la Mujer, destinando recursos a este último, en la detección de riesgos, educación (individual, familiar y grupal) y atención en el proceso de nacimiento, es decir compete pre-parto, parto y puerperio.

Dentro de los más recientes avances legislativos en materia de sexualidad y reproducción se encuentra la Ley 20.418 (2010), que fija Normas sobre información, orientación y prestaciones en materia de regulación de la fertilidad, la cual reglamenta la entrega de educación sexual a jóvenes en los establecimientos educacionales y la entrega y acceso de métodos de regulación de la fertilidad femenina y masculina. Su importancia reside en que, por primera vez, se establece que los establecimientos educacionales deben impartir programas de educación sexual, destinando recursos económicos para aquello, la cual puede ser ejecutada según los propios principios y valores del establecimiento, escogiendo entre 7 programas de educación sexual que se orientan bajo diferentes valores y principios normativos de la sexualidad.

### **III. ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD - CHILE**

---

#### **III.1. Estrategia Nacional de Salud 2000-2010**

En el año 2002, durante el gobierno del Presidente Ricardo Lagos, se crea la primera Estrategia Nacional de Salud para la década del 2000-2010, la cual se llevó a cabo por el Ministerio de Salud. Esta Estrategia tuvo como norte el aproximarse a una reforma sanitaria,

---

<sup>2</sup> Ley 20.379.

siendo su finalidad el mejorar la salud, prolongar la vida libre de enfermedades, y reducir las desigualdades en salud de toda la población. Por medio de la recopilación de experiencias internacionales (Estados Unidos, Canadá y Reino Unido) se plantearon 4 macro objetivos, los cuales pueden ser medibles y alcanzados en la década propuesta; aquellos refieren a:

1. “mejorar los logros sanitarios alcanzados,
2. enfrentar los desafíos derivados del envejecimiento y de los cambios de la sociedad;
3. disminuir las desigualdades;
4. prestar servicios acordes a las expectativas de la población” (16).

Es dentro del primer objetivo “mejorar los logros sanitarios alcanzados” que se encuentra la salud de la mujer, siendo el punto 3 “Salud de la Mujer”, el sub ítem 3.1 “Salud Reproductiva” se encuentra el “Objetivo Sanitario y Meta para Mortalidad materna” el cual consiste en **“Disminuir la Mortalidad Materna en un 50%: tasa al 2010 de 1,2 por 10.000 nacidos vivos”** (16), situación en la cual a pesar de Chile tiene una baja tasa de mortalidad materna y de haber disminuido durante las últimas décadas la tasa de mortalidad por aborto, las muertes maternas por complicaciones en el embarazo y puerperio han aumentado durante los últimos años, por lo cual “se debe asegurar que todas las mujeres tengan acceso a servicios de salud de calidad durante el embarazo, el parto y el postparto, para así reducir la cantidad y la gravedad de las complicaciones obstétricas” (16). Para lograr aquello el Estado pretende aumentar la planificación familiar para reducir los embarazos de alto riesgo, aumentar la atención preconcepcional y prenatal y dar paso a mayor acceso a cuidados obstétricos esenciales.

### **III.2. Estrategia Nacional de Salud 2011-2020**

A modo de seguir con el trabajo de la década pasada, se da paso a la Estrategia Nacional de Salud de los años 2011-2020 con el primer gobierno Sebastián Piñera, donde por medio de la evaluación de los objetivos de la década anterior se reconocieron los avances y los requisitos para la década presente. Para esta nueva Estrategia se vio la necesidad de generar indicadores medibles, actividades, recursos y responsables para poder llevar a cabo

los nuevos desafíos. Es en este sentido que se desarrollan planificaciones por cada tipo de atención (primaria, secundaria y terciaria). De tal manera se genera el Plan Nacional de Salud que es derivada de la Estrategia Nacional de Salud, además de la creación del documento de Orientación para la planificación y programación real. Desde esto se han generado 9 Objetivos Estratégicos (OE): OE 1 Transmisibles; OE 2 Crónicas no transmisibles y violencias; OE 3 Factores de riesgo; OE 4 Ciclo Vital; OE 5 Determinantes sociales; OE 6 Ambiente, alimentos y trabajo; OE 7 Fortalecimiento del sector salud; OE 8 Acceso y calidad de la atención de salud; OE 9 Emergencias y desastres (5).

A pesar que esta década no se han planteado metas específicas para la reducción de la mortalidad materna, dentro del OE 4 Ciclo vital, se encuentra el objetivo específico 4.1 Disminuir la mortalidad perinatal, en la cual la correlaciona la salud de la mujer durante el embarazo y la salud del recién nacido durante las primeras 28 semanas. Los indicadores asociados a la salud de mujer tienen relación con la atención de controles prenatales, indicadores que no pueden ser estudiados con los datos que son presentados en la plataforma virtual de DEIS por falta de datos. Aun así, encontramos relevante la exposición de esta Estrategia, ya que nos permite reconocer las priorizaciones que realiza es Estado para nuestra actual década.

#### **IV. MORTALIDAD MATERNA**

---

La tasa de mortalidad materna corresponde al “número de muertes maternas durante un periodo determinado de tiempo por 100.000 nacidos vivos durante el mismo período de tiempo”(17). Las muertes por causas maternas refieren a “las muertes de una mujer mientras está embarazada o entre los 42 días terminado el embarazo, independiente de la duración y el lugar del embarazo, por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo o su manejo, pero no por causas accidentales o incidentales”(17). Aquellas causas de muerte pueden ser de carácter directo, las cuales resultan por complicaciones durante el embarazo, parto o postparto, tales como hemorragias, hipertensión por el embarazo, o

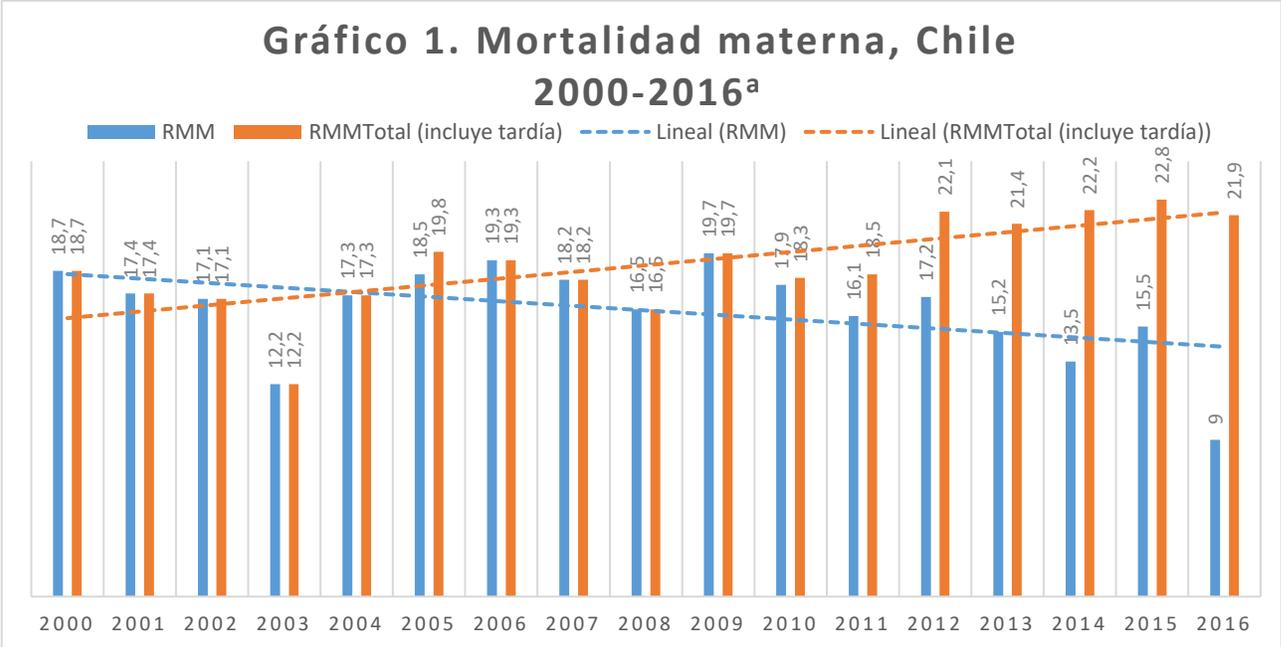
por el uso de anestesia o cesárea, entre otros; de igual forma, las muertes maternas pueden ser por causa indirecta, las cuales son provocadas generalmente por enfermedades previas al embarazo, las cuales pueden verse agravadas por este estado fisiológico del embarazo, tales como lo son las enfermedades cardíacas o renales (17).

La tasa de mortalidad materna, puede ser calculada también, según las muertes maternas tardías, las cuales corresponden a “la muerte de una mujer embarazada por causas obstétricas directas o indirectas, más de 42 días, pero menos de un año terminado el embarazo”(17), es decir toma en cuenta aquellas mujeres que han sufrido de las causas provocadas por el embarazo en un periodo posterior al puerperio.

Los datos aportados por DEIS nos permiten medir la tasa de mortalidad materna convencional y la tardía (se incluye en TMM total), pero es importante recalcar que desde 2010 se comienzan a distinguir con mayor claridad entre aquellos casos. Aquellos datos son distinguidos gracias a la utilización del documento de Clasificación internacional de enfermedades 10.<sup>a</sup> edición (CIE-10), el cual diferencia la mortalidad materna hasta los 42 días terminado el embarazo y 42 días pero menos de un año terminado el embarazo (O96-O97). Hasta antes de 2010 se registraron 3 muertes maternas después de los 42 días, pero antes de un año terminado el embarazo, lo cual según otros autores que han rescatado esta información hablaría del subreporte de la información (18), donde este tipo de muerte no contaría como muerte materna en los reportes de rutina (17). La importancia de este último registro se debe a que funciona como un indicador del acceso a tecnologías modernas que mantienen y hacen sobrevivir a las mujeres que estuvieron embarazadas más allá de las 6 semanas de puerperio.

En el gráfico N°1 se presentan las tasas de mortalidad materna (TMM) y tasa de mortalidad materna total (TMMtotal). El indicador de tasa de mortalidad materna ha presentado oscilaciones a través del periodo 2000-2016, presentando tendencia al descenso de la cifra. Si en 2000, la tasa de mortalidad materna era de 18,7 muertes anuales por cada 100.000 nacidos vivos, este valor se reduce a la mitad en 2016, siendo la caída más abrupta entre 2015-2016. Por otro lado, en el indicador TMMtotal (tardía) se observa un sostenido

incremento, pasando de 18,7 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos a 21,9 muertes maternas en 2016, siendo a partir del año 2012 un alza más marcada de la tendencia de los datos. Este último indicador, tiene crecimiento de un 17,1% entre 2000-2016, el cual también puede deberse a presencia de causas de muerte materna tardía, es decir que muerte de mujeres por causas obstétricas directas o no, por más de 42 días y menos de 1 año terminado el embarazo.



Fuente: Datos Series de Defunciones en DEIS-MINSAL (19).  
a. Tasa observada por cada 100.000 nacidos vivos.

Las mujeres en edades extremas, es decir aquellas menores a los 19 años y mayores de 35, son clasificadas como embarazadas de alto riesgo, debido a las complicaciones obstétricas y mayores problemas de morbilidad que presentan con mayor facilidad que el resto de las mujeres(20). En la tabla N°1, se aprecian el número de defunciones por causa materna y tasa de mortalidad materna por grupo etario por cada 100.000 nacidos vivos de cada año.

En el caso de Chile, como se aprecia en la tabla N°1 murieron 67 adolescentes menores de 19 años y 279 mujeres desde los 35 a 49 años, correspondiendo al 34,6% de las muertes entre los años 2000 y 2016; además las del grupo etario de 35 a 39 años fueron las que

presentaron la mayor cantidad de muertes maternas promediando una tasa de 4,4 entre los años 2000 y 2016.

**Tabla 1. Defunciones y Mortalidad<sup>a</sup> en el embarazo, parto o puerperio, según grupo etario. Chile, 2000 -2016**

AÑO	10 a 14 años		15 a 19 años		20 a 24 años		25 a 29 años		30 a 34 años		35 a 39 años		40 a 44 años		45 a 49 años	
	Def.	Tasa														
2000	0	0,0	4	1,5	10	3,8	11	4,2	10	3,8	12	4,6	2	0,8	0	0,0
2001	0	0,0	7	2,7	7	2,7	3	1,2	11	4,2	15	5,8	2	0,8	0	0,0
2002	0	0,0	4	1,6	9	3,6	13	5,2	5	2,0	9	3,6	3	1,2	0	0,0
2003	0	0,0	3	1,2	3	1,2	4	1,6	7	2,8	8	3,2	4	1,6	0	0,0
2004	0	0,0	5	2,1	6	2,5	8	3,3	8	3,3	11	4,5	4	1,6	0	0,0
2005	0	0,0	5	2,1	5	2,1	11	4,5	9	3,7	10	4,1	5	2,1	3	1,2
2006	1	0,4	4	1,6	3	1,2	8	3,3	13	5,3	11	4,5	7	2,9	0	0,0
2007	0	0,0	0	0,0	7	2,9	10	4,1	6	2,5	11	4,5	6	2,5	0	0,0
2008	0	0,0	2	0,8	5	2,0	5	2,0	10	4,0	10	4,0	8	3,2	1	0,4
2009	0	0,0	11	4,3	12	4,7	10	3,9	7	2,8	6	2,4	5	2,0	0	0,0
2010	1	0,4	2	0,8	9	3,6	6	2,4	8	3,2	11	4,4	12	4,8	6	2,4
2011	0	0,0	4	1,6	8	3,2	8	3,2	11	4,4	11	4,4	6	2,4	0	0,0
2012	0	0,0	3	1,2	5	2,1	11	4,5	15	6,2	14	5,7	3	1,2	2	0,8
2013	0	0,0	5	2,1	11	4,5	14	5,8	9	3,7	11	4,5	2	0,8	0	0,0
2014	0	0,0	2	0,8	12	4,8	11	4,4	19	7,5	9	3,6	3	1,2	0	0,0
2015	0	0,0	2	0,8	12	4,9	14	5,7	8	3,3	13	5,3	5	2,0	2	0,8
2016	0	0,0	2	0,9	8	3,4	11	4,7	14	6,0	12	5,2	4	1,7	0	0,0
<b>Total</b>	<b>2,0</b>	<b>0,0</b>	<b>65,0</b>	<b>1,5</b>	<b>132,0</b>	<b>3,1</b>	<b>158</b>	<b>3,8</b>	<b>170</b>	<b>4,0</b>	<b>184</b>	<b>4,4</b>	<b>81</b>	<b>1,9</b>	<b>14</b>	<b>0,3</b>

Fuente: Datos Series de Defunciones en DEIS-MINSAL (19)

a. Tasa observada por cada 100.000 nacidos vivos

#### IV.1. Causas de mortalidad materna

Las causas de mortalidad materna hacen referencia al acceso y calidad del sistema de salud de un país debido a que en su mayoría estas causas son prevenibles, por lo que también hacen alusión del contexto legal chileno y de la vulneración de derechos en salud. En este sentido, por lo que su examen se vuelve necesario en sentido que los programas y políticas orientadas en esta temática pueden redirigir sus recursos y cambiar la vida de muchas mujeres y sus familias.

Las investigaciones en Chile sobre las causas de muerte materna han demostrado ha ocurrido un cambio en el perfil epidemiológico en esta materia. Se ha estudiado que la muerte materna por aborto ha disminuido entre los años 1985-2000, pasando de 40 muertes provocadas por aborto en 1985 a 10 muertes maternas por aborto en la década de los 90 (21); este tipo de muerte sigue descendiendo, llegando a ser la tercera causa de muerte materna entre los años 2000-2009 (22). Por otro lado, las muertes asociadas a hipertensión arterial y a enfermedades concurrentes (causa obstétrica indirecta) han aumentado, en donde en el periodo 2000-2009 han sobrepasado el 50% de las muertes maternas, siendo así la primera causa de muerte materna, motivo que es atribuido a por el aumento de la natalidad en mujeres sobre los 40 año y el envejecimiento de la edad fértil en las mujeres (22).

Las defunciones por causa de muerte materna entre los años 2000 y 2016, son categorizadas según el documento de Clasificación internacional de enfermedades 10.<sup>a</sup> edición (CIE-10) realizado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la cual estandariza la manera de clasificar el tipo de muerte en este caso, de esta manera se pueden lograr datos comparables entre los años y países que utilicen este tipo de sistema(23). De las cuales se utilizan:

<b>Cuadro 3. Agrupación muertes por causa materna CIE-10</b>	
<b>Códigos</b>	<b>Causa de muerte materna</b>
O00-O07	Aborto
O10-O16	Edema, proteinuria y trastornos hipertensivos en el embarazo, parto y puerperio
O20.-; O46.-; O67.-; O72	Hemorragia en el embarazo, parto y puerperio
O21-O26; O29-O45; O47-O48; O60-O66; O68-O71; O73-O75	Complicaciones predominantes relacionadas con el embarazo y parto.
O85.-;O86.-; O91	Sepsis pueral y otras infecciones
O87-O90; O92	Complicaciones en el puerperio
O95	Muerte obstétrica de causa no específica
O96.-; O97	Muerte materna por cualquier causa obstétrica que ocurre después de 42 días
O98.-; O99	Muertes obstétricas indirectas.

Fuente: Clasificación internacional de enfermedades 10.<sup>a</sup> edición, Vol.1 (23)

La clasificación de CIE-10 para las muertes maternas es utilizada en los certificados de defunción en Chile, por lo que DEIS utiliza estas categorías en las defunciones por causa materna. En la tabla N°2 se sistematizan las estadísticas oficiales de DEIS de las series de defunciones 2000-2016, las cuales se encuentran en la página virtual del mismo (19), en la cual se presentan el número de defunciones y las tasas de causa materna, según las agrupaciones presentadas en el cuadro N°3, entre los años 2000-2016.

Las defunciones por muertes obstétricas indirectas (O98-; O99) son las “(...) que resultan de enfermedades previamente existentes o de enfermedades que se desarrollaron durante el embarazo y que no se debieron a causas obstétricas directas, sino que se agravaron por los efectos fisiológicos del embarazo” (17), es decir refiere a las enfermedades concurrentes de la mujer embarazada, aquel tipo de enfermedades pueden haber sido de tipo renal, cardiaco, VIH/SIDA, entre otros.

Durante el periodo 2000-2016 las muertes maternas por causas obstétricas indirectas (O98-; O99) presentaron una tasa promedio anual de 5,7 defunciones por cada 100.000 nacidos vivos (12,8 muertes anuales en promedio), posicionándose de esta forma como la primera causa de muerte materna para el periodo, correspondiente al 27% del total de las muertes por causa materna. Su tendencia es al descenso, disminuyendo de una tasa de 3,1 en 2000 a 1,7 por cada 100.000 nacidos vivos en 2016 (Anexo N°1). Este tipo de causa ha aumentado en la mayoría de los países, siendo mundialmente una de las principales causas de muerte acumulando el 28% de las muertes maternas (24). Según investigaciones al respecto, los motivos que llevan a que una mujer muera por causa obstétrica indirecta son multifactoriales, donde diagnósticos mal elaborados, inapropiado manejo durante y después del embarazo, la no aplicación de controles de natalidad y su debida derivación a centros hospitalarios especializados (en el caso de Chile a la atención secundaria y terciaria), déficit de recursos, entre otros, inciden en que este tipo de muerte ocurra (25,26).

Las muertes por edema, proteinuria y trastornos hipertensivos en el embarazo, parto y puerperio (O10-O16), siendo los dos primero los síntomas clínicos de los trastornos por

hipertensión, dentro de la agrupación se encuentran las complicaciones por hipertensión, preeclampsia, eclampsia producidas por el embarazo o previas a este pero que son agravadas por el embarazo. Este es el segundo tipo de causa de muerte materna en el periodo 2000-2016, correspondiendo al 20,5% de las muertes del periodo, y promedia una tasa anual de 3,9 muertes por aquella defunción por cada 100.000 nacidos vivos. La tasa de muertes por este tipo de causa en el año 2000 presentó 5,0 muertes maternas cada 100.000 nacidos vivos, pasando en 2016 a 0,4 muertes maternas. Donoso, et al. (27) comentan que Chile aún está lejos de los países desarrollados, donde este tipo de muerte en Estados Unidos para el año 2006 tiene una tasa de 1,3 por cada 100.000 nacidos vivos, año en el cual Chile tenía una tasa de 4,9 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos; aquella es aún más baja en Reino Unido, para los años 2003-2005 la tasa era de 0,85 defunciones por este tipo de causa por cada 100.000 nacidos vivos, periodo para el cual Chile promediaba 3,0 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos. Ante este panorama propone como soluciones más importantes el aumento de los controles prenatales, del parto profesionalizado y de regulación de la fecundidad.

La tercera causa de defunción materna corresponde a las muertes maternas por cualquier causa obstétrica que ocurre después de 42 días (O96-; O97), es decir la muerte materna tardía, la cual como habíamos mencionado anteriormente tiene subreporte de los datos hasta el año 2010. En 2005 tuvo una tasa de 1,2 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos, en contraposición al año 2016 que se presenta el aumento a una tasa de 12,9 muertes maternas. Según WHO, et al. (17) las muertes que sobrepasan el tiempo de puerperio (6 semanas) puede deberse al aumento de tecnologías y procedimiento que mantengan la vida de estas mujeres y así retrasar su muerte. La muerte materna tardía puede ser provocada por problemas cardiovasculares, trombosis, cáncer y suicidio (28,29), las cuales pueden ser provocadas o agudizadas por el embarazo, en el Reino Unido e Irlanda un cuarto de este tipo de defunción fue por causas psiquiátricas, donde el suicidio se convierte en una de las principales razones de muerte tardía. En el Reino Unido, las mujeres que con mayor probabilidad de suicidarse son aquellas que han sido hospitalizadas por problemas

psiquiátricos sin su bebé o que tienen una enfermedad mental grave previa y con recién nacido prematuro (30).

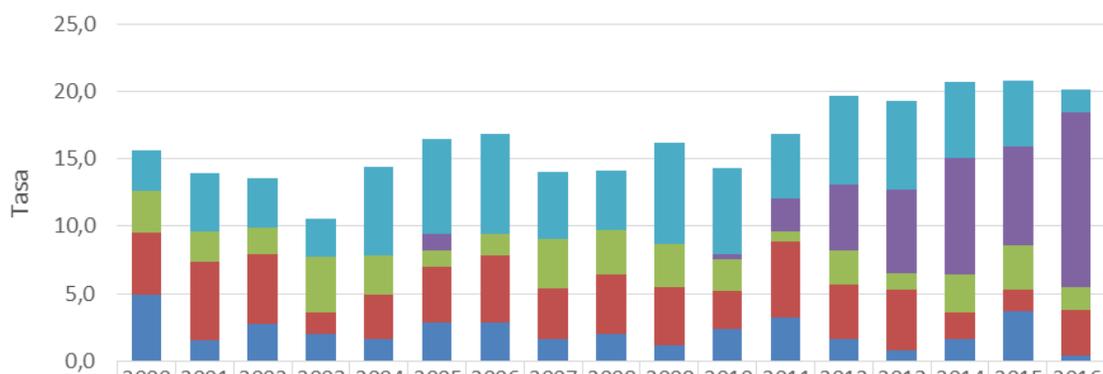
La cuarta causa de muerte materna se debe a las complicaciones relacionadas con el embarazo y parto (O21-O26; O29-O45; O47-O48; O60-O66; O68-O71; O73-O75), estas refieren a vómitos excesivos, atención a la madre por otras complicaciones durante el parto, complicaciones por anestesia, desprendimiento prematuro de placenta, embarazo prolongado, trabajo de parto, otras obstrucciones del trabajo de parto, otro trauma obstétrico, trabajo de parto por sufrimiento fetal, retención placenta sin hemorragia, u otras complicaciones en parto, las cuales refieren a complicaciones prevenibles o las cuales pueden ser manejadas de tal forma que las mujeres no mueran por estas causas. Esta causa de muerte promedió un 13% de las muertes maternas para el periodo 2000-2016, teniendo una tasa promedio de 2,4 mujeres muertes por esta defunción por cada 100.000 nacidos vivos en aquel periodo. Este tipo de causa presenta una tendencia a la baja, pasando de una tasa de 3,1 muertes maternas por complicaciones relacionadas con el embarazo y parto en el año 2000, a 1,7 muertes por cada 100.0000 nacidos vivos en 2016.

El aborto (O00-O07) en Chile históricamente había sido una de las principales causas de muerte materna, donde un tercio de las mujeres morían por causa de aborto en los años 60 (21). Debido a esta situación se comienzan a implementar programas de regulación de fecundidad, la entrega gratuita de MAC, la pastilla de anticoncepción de emergencia (PAE), y la entrega de recursos estatales y privados para la salud de la mujer. Pero su cifra desde el año 2000 ha descendido al quinto lugar, equivalente al 12% de las causas muertes maternas.

La cifra de muerte por aborto tiene tendencia al descenso, desde el año 2001 no ha sobrepasado las 10 muertes anuales, siendo la más alta en 2000 con 13 muertes maternas (5,0 muertes por cada 1000.000 nacidos vivos) y la más baja en 2016 con 1 muerte (0,4 defunciones por cada 100.000 nacidos vivos). El código O06 del CIE-10 apunta a aborto no específico, dentro de las cuales se clasifican los abortos realizados de manera ilegal donde el misoprostol o la mifepristona es adquirida en el mercado ilegal, teniendo como

consecuencias en la vida de las mujeres que el aborto sea de realizado de manera insegura, ya que no se cuenta con asistencia médica profesional, las pastillas vendidas son falsas, la dosis es incorrecta o sobrepasa las 14 semanas (31).

Gráfico 2. Principales muertes maternas en el embarazo, parto o puerperio, según grupo de causas. Chile, 2000-2016



	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
■ Muertes obstétricas indirectas.	3,1	4,2	3,6	2,8	6,6	7,0	7,4	5,0	4,4	7,5	6,4	4,8	6,6	6,6	5,6	4,9	1,7
■ Muerte materna por cualquier causa obstétrica que ocurre después de 42 días	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,4	2,4	4,9	6,2	8,7	7,3	12,9
■ Complicaciones predominantes relacionadas con el embarazo y parto.	3,1	2,3	2,0	4,1	2,9	1,2	1,6	3,7	3,2	3,2	2,4	0,8	2,5	1,2	2,8	3,3	1,7
■ Edema, proteinuria y trastornos hipertensivos en el embarazo, parto y puerperio	4,6	5,8	5,2	1,6	3,3	4,1	4,9	3,7	4,4	4,3	2,8	5,6	4,1	4,5	2,0	1,6	3,4
■ Aborto	5,0	1,5	2,8	2,0	1,6	2,9	2,9	1,7	2,0	1,2	2,4	3,2	1,6	0,8	1,6	3,7	0,4

Fuente: Datos Series de Defunciones en DEIS-MINSAL (19)

a. Tasa observada por cada 100.000 nacidos vivos

Tal como se demuestra en el Anexo N°1 el resto de las defunciones se debe a las causas de complicaciones en el puerperio (O87-O90; O92), debidas a complicaciones venosas y hemorroides, trastornos en las mamas o en la lactancia, entre otras, la cual equivale al 5% de las muertes 2000-2016. En séptimo lugar se encuentran las muertes debidas a hemorragia en el embarazo, parto y puerperio (O20.-; O46.-; O67,-; O72) con 31 muertes maternas (4% total). Luego se encuentran las muertes ocasionadas por sepsis pueral y otras infecciones (O85.-; O86.-; O91), las cuales acumulan un 4% general de los años recopilados, equivalente a 28 muertes maternas. Por último se encuentran las defunciones por muertes

obstétricas de causa no específica (O95), donde solo una muerte en los 16 años fue clasificada bajo esta denominación, correspondiendo al 1% total.

A modo de resumen se presentan solo las cifras del año 20016, en la cual la principal causa de muerte materna es la indirecta con un 59% de las muertes del año; en segundo lugar, encuentra las muertes por cusas relacionadas a la hipertensión con un 15% de las muertes; seguidas con un 8% de las muertes del año, se encuentran las relativas a la hemorragia en el embarazo, parto y puerperio, las complicaciones durante el puerperio y las muertes obstétricas indirectas.



Fuente: Datos Series de Defunciones en DEIS-MINSAL (19)

#### IV.2. Mortalidad materna en el mundo

Las Naciones Unidas, por medio del Observatorio Mundial de la Salud de WHO/OMS, genera el repositorio de datos estadísticos de los 194 Estados Miembros, produciendo indicadores

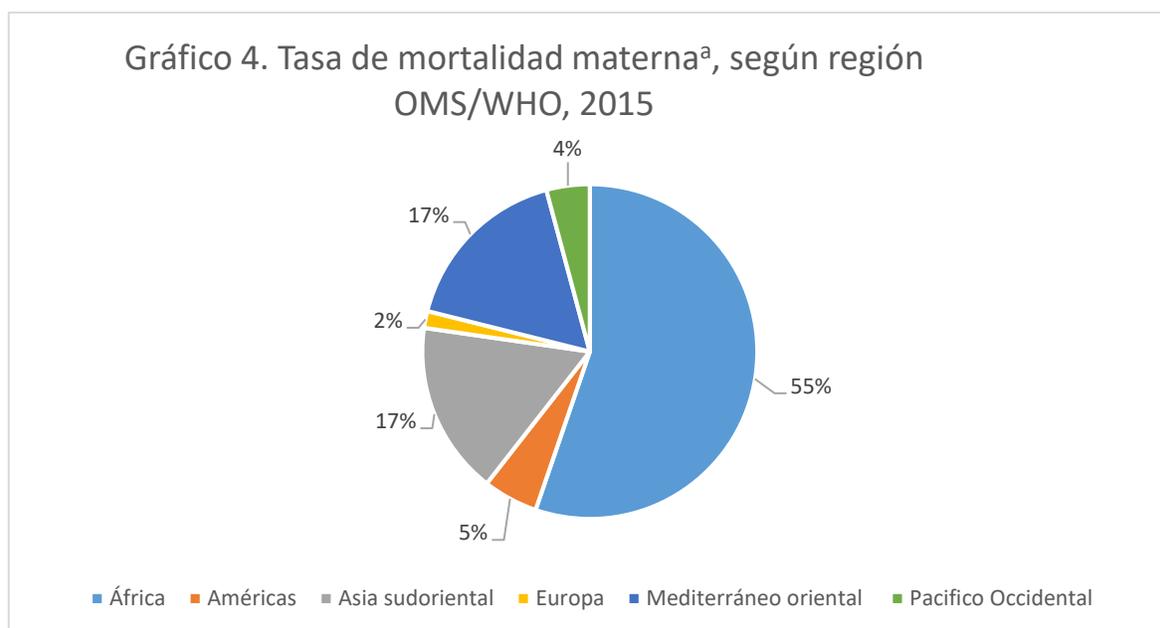
y categorías de salud. Así, el Observatorio ha desarrollado más de 1.000 indicadores, entre los cuales se encuentran los relacionados a violencia, ambiente, lesiones, discapacidad, factores de riesgo, salud materna, entre otros. Los datos recopilados son procesados según las estimaciones y estandarizaciones propias de WHO/OMS/ONU, con el fin de realizar comparaciones estándares entre países, regiones y años. En este sentido, los datos que se presentan a continuación pueden no corresponder necesariamente a las estadísticas oficiales de cada país. Por medio de esta fuente se recopilaron los datos de mortalidad materna de 14 países entre los años 2000-2015, pertenecientes a la estrategia global para la salud de mujeres, niños y adolescentes de WHO/OMS.

En el gráfico N°4 se presenta el panorama general de las regiones de la OMS, en donde todas presentaron una TMM exponencialmente decreciente entre el periodo 2000-2015. La región de África, desciende un 35,8% su TMM, pasando de 840 a 542 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos, esta región es la que tiene la tasa más alta de mortalidad materna, correspondiendo en el año 2015 a un 55% de las muertes a nivel global (Gráfico N°3). Las regiones de Mediterráneo Oriental y Asia Sudoriental, son las segundas regiones con mayor TMM, correspondiendo a un 17% de las muertes en el año 2015; en el caso de la región de Mediterráneo Oriental esta disminuyó su cifra un 45,4% durante el periodo 2000-2015, pasando de 304 a 166 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos. Por otro lado, la región de Asia Sudoriental, su tasa descendió un 53,4% correspondiendo a 164 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos para el año 2015.

Las regiones de las Américas, Pacífico Oriental y Europa tienen las tasas más bajas en el 2015. La región de las Américas, pasa de 76 a 52 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos entre el periodo 2000-2015, correspondiendo a la cuarta región con mayor tasa de mortalidad materna, obteniendo un 5% de la tasa global para el año 2015. En quinto lugar, le sigue la región del Pacífico Occidental, equivaliendo a un 4% de la tasa de mortalidad materna para el año 2015, y su tasa disminuyó de 75 a 41 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos entre los años 2000-2015 (45,3%). Por último, la región que tiene menor tasa de mortalidad materna es Europa (2%), descendiendo su tasa de 33 a 16

muerres maternas por cada 100.000 nacidos vivos en el periodo, correspondiendo a los países expuestos de la región.

A nivel global la TMM descendió de 341 a 216 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos entre los años 2000-2015, es decir disminuye un 36,6%. Tal como pudimos revisar anteriormente, la TMM entre los años 2000-2015 sigue la tendencia global y disminuye su tasa de 18,7 a 15,5 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos, correspondiendo a un 17,1% menos. En el caso de Chile, este se encuentra por debajo de la tendencia de la región, encontrándose un 70,2% por debajo de la tasa total de la región para el año 2015.



Fuente: Datos de defunciones maternas por país en Repositorio de datos del Observatorio Mundial de la Salud (32).

a. “La tasa de mortalidad materna (TMM) es el número anual de muertes de mujeres por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo o su manejo (excluyendo las causas accidentales o incidentales) durante el embarazo y el parto o dentro de los 42 días de la interrupción del embarazo, independientemente de la duración y sitio del embarazo, por 100,000 nacidos vivos, por un año específico.” (33)

b. “El número anual de muertes de mujeres por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo o su manejo (excluyendo causas accidentales o incidentales) durante el embarazo y el parto o dentro de los 42 días de la interrupción del embarazo, independientemente de la duración y el lugar del embarazo.” (34)

Con la finalidad de hacer una revisión en mayor profundidad de la TMM en el mundo se seleccionaron 2 países de las regiones de África y Europa, debido a que aquellas fueron las

que presentaron una mayor y menor TMM para el año 2015 correspondientemente. Asimismo, se seleccionaron 4 países para la región de las Américas (uno de América del Norte, uno de Centro América y dos de Sudamérica), con el fin de generar mayores comparaciones dentro de la región que pertenece Chile. La elección de los países fue realizada según el ingreso PIB per cápita (en dólares) de cada país por región del año 2015. Se realiza con este tipo de indicador socioeconómico debido a que la mortalidad materna es un indicador de desigualdad, que incluye dentro de los determinantes de salud el factor económico tanto de la mujer como del país (según unidad de análisis); por otro lado, tal como hemos revisado anteriormente, la mortalidad materna es igualmente un indicador de desigualdad entre países en desarrollo y desarrollados.

<b>Tabla 2. Defunciones y Mortalidad en el embarazo, parto o puerperio, según países seleccionados<sup>a</sup>, 2000-2015</b>				
<b>Región</b>	<b>País</b>	<b>Año</b>	<b>Tasa de mortalidad materna<sup>b</sup> (por cada 100.000 nacidos vivos)</b>	<b>Número de muertes maternas<sup>c</sup></b>
<b>África</b>	<b>Sudáfrica</b>	<b>2015</b>	138 [ 124 - 154]	1 500 [1 400 - 1 700]
		<b>2000</b>	85 [ 83 - 87]	930 [ 910 - 950]
	<b>Sudán del Sur</b>	<b>2015</b>	789 [ 523 - 1 150]	3 500 [2 300 - 5 100]
		<b>2000</b>	1 310 [ 970 - 1 760]	3 700 [2 800 - 5 000]
<b>Américas</b>	<b>Estados Unidos de América</b>	<b>2015</b>	14 [ 12 - 16]	550 [ 480 - 650]
		<b>2000</b>	12 [ 12 - 12]	480 [ 460 - 490]
	<b>Uruguay</b>	<b>2015</b>	15 [ 11 - 19]	7 [ 5 - 9]
		<b>2000</b>	31 [ 26 - 36]	17 [ 14 - 20]
	<b>Cuba</b>	<b>2015</b>	39 [ 33 - 47]	45 [ 37 - 54]
		<b>2000</b>	43 [ 39 - 47]	62 [ 57 - 68]
	<b>Bolivia (Estado plurinacional de)</b>	<b>2015</b>	206 [ 140 - 351]	520 [ 360 - 890]
		<b>2000</b>	334 [ 272 - 416]	860 [ 700 - 1 100]
<b>Europa</b>	<b>Noruega</b>	<b>2015</b>	5 [ 4 - 6]	3 [ 2 - 4]
		<b>2000</b>	7 [ 6 - 8]	4 [ 3 - 5]
	<b>Ucrania</b>	<b>2015</b>	24 [ 19 - 32]	120 [ 91 - 160]
		<b>2000</b>	34 [ 30 - 39]	140 [ 120 - 160]

Fuente: Datos de defunciones maternas por país en Repositorio de datos del Observatorio Mundial de la Salud (35).

a. Se han seleccionado dos países por región de la OMS (África, Asia Sudoriental, Américas, Mediterráneo Oriental, Europa y Pacífico Occidental) según el PIB per cápita en dólares del año 2015 (36), escogiendo un país con PIB bajo y otro con PIB alto de cada región. Excepcionalmente, para la región de Américas se

seleccionaron 4 países (1 de América del Norte, 1 de Centro América y 2 de Sudamérica), con el fin de generar mayores comparaciones dentro de la región de las Américas.

b. “La tasa de mortalidad materna (TMM) es el número anual de muertes de mujeres por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo o su manejo (excluyendo las causas accidentales o incidentales) durante el embarazo y el parto o dentro de los 42 días de la interrupción del embarazo, independientemente de la duración y sitio del embarazo, por 100,000 nacidos vivos, por un año específico.” (33)

c. “El número anual de muertes de mujeres por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo o su manejo (excluyendo causas accidentales o incidentales) durante el embarazo y el parto o dentro de los 42 días de la interrupción del embarazo, independientemente de la duración y el lugar del embarazo.” (34)

d. En la columna de tasa de mortalidad materna y de número de muertes maternas se muestran entre corchetes los rangos de valores más bajos y más alto que alcanza cada país en cada año.

La gran mayoría de los países seleccionados por región presentaron disminuciones de su TMM entre los años 2000-2015, solo 2 de los 14 países aumentaron su tasa durante el periodo. En el caso de Sudáfrica, pasó de una TMM de 85 a 138 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos para el periodo, aumentando la tasa en un 62,4%. Caso contrario sucede en Sudán del Sur - país de la misma región de África- el cual logra reducir su tasa un 39,7%, pasando de una tasa de 1310 a 789 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos. A pesar de sus avances, Sudán del Sur tiene la TMM más alta de todos los países seleccionados.

La región de las Américas - América del Sur, Central y del Norte- todos los países exceptuando Estados Unidos disminuyeron la tasa de mortalidad materna. De los países seleccionados, Uruguay disminuyó su TMM de 31 a 15 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos, correspondiendo a un 51,6%. El segundo país que mayor disminución de la TMM es Bolivia, pasando de 334 a 206 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos, aun así, Bolivia es el país de la región que presenta la mayor tasa de mortalidad materna de los países seleccionados. Luego viene Cuba, país que disminuyó su tasa en un 9,3%, pasando de una tasa de 43 a 39 defunciones maternas por cada 100.000 nacidos vivos. Tal como mencionamos anteriormente, Estados Unidos aumentó su tasa de mortalidad materna en un 16,6% durante el periodo 2000-2015, correspondiendo al paso de 12 a 14 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos.

Europa es la que menor tasa de mortalidad materna presenta, siendo Noruega uno de los que presenta la menor tasa de todos los países seleccionados, teniendo en 2015 una tasa

de 5 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos. En el caso de Ucrania su tasa de reduce un 29,4% pasando de 34 a 24 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos entre los años 2000-2015.

## V. PARTO PROFESIONALIZADO

---

La atención por personal calificado ha sido considerada como uno de los factores que reducen la mortalidad materna, debido a que la gran cantidad de muertes maternas son prevenibles. Se ha estudiado que hay una relación inversa entre mortalidad materna y parto profesionalizado tanto en países desarrollados como en desarrollo, ya que esto permite que en el caso que hayan complicaciones durante el proceso de parto puedan ser diagnosticadas, tratadas o derivadas a los centros de salud correspondientes y así evitar su posible muerte, por lo que la vigilancia constante en el proceso de parto y su atención por parte de personal capacitado puede salvar la vida de las mujeres embarazadas (37). No obstante, la muerte de aquellas embarazadas no solo se debe a complicaciones durante el parto, sino que también antes o después de éste, debido a complicaciones por enfermedades previas agravadas o desarrolladas por el embarazo. Por ello, las atenciones con personal capacitado deben extenderse y aumentar más allá del parto, ya que como vimos anteriormente las muertes maternas por causas obstétricas indirectas y las muertes maternas tardías han aumentado durante los últimos años siendo de las principales causas de defunción. Este indicador nos permite reflejar en cierta medida el acceso a la salud de las mujeres embarazadas, la cual funciona igualmente como un indicador de Derechos Humanos en Salud Sexual y Reproductiva, ya que da cuenta de las desigualdades entre los diferentes países y localidades de un mismo país.

Este tipo de atención, es la entregada por personal capacitado, la/os cuales puedan diagnosticar, tratar y derivar a aquellas mujeres que se encuentran en un parto normal o de emergencia obstétrica, entre las/os cuales pueden ser médica/os, matrona/es y enfermera/os. Idealmente se espera que estas personas tengan conocimientos actualizados sobre diferentes técnicas y procedimientos, igualmente que vivan al interior de la

comunidad donde están atendiendo a las embarazadas. Es decir, dentro de esta definición no cuentan aquellas personas que tengan algún grado de conocimiento sobre parto y/o embarazo, sino que deben ser personas profesionales y preparadas para este tipo de atención (37).

En los países donde al menos al 80% de las mujeres que pasan por el proceso de parto tienen atención por un profesional capacitado la tasa de mortalidad materna es menor de 200 por cada 100.000 nacidos vivos, dando cuenta de una relación inversamente proporcional entre atención profesionalizada y mortalidad materna (37). En el caso de Chile, a través de la recopilación de datos entregados por Cepalstat que se presentan en la tabla N°3 se logró dar con los datos de los años 2000-2015, los cuales nos muestra un panorama alentador de la situación de Chile, teniendo una proporción siempre superior al 99% de atención profesionalizada del parto, pasando así del año 2000 con un 99% a 2016 con 99,72% de atenciones con parto profesionalizado, teniendo como con la única excepción del año 2003 que desciende a 97,7%, pero aun siendo una cifra sobre los parámetros mencionados a un inicio.

<b>Tabla 3. Atención de parto profesionalizado<sup>a</sup>. Chile, 2000-2016</b>	
<b>Año</b>	<b>% Partos Prof.</b>
<b>2000</b>	99,0
<b>2001</b>	99,8
<b>2002</b>	99,8
<b>2003</b>	97,7
<b>2004</b>	99,8
<b>2005</b>	99,8
<b>2006</b>	99,8
<b>2007</b>	99,7
<b>2008</b>	99,8
<b>2009</b>	99,8
<b>2010</b>	99,8
<b>2011</b>	99,8
<b>2012</b>	99,8
<b>2013</b>	99,8
<b>2014</b>	99,8

Fuente: División de Estadística de las Naciones Unidas (DENU) Indicadores de los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Base de Datos Mundial (38).

a. Se calcula poniendo en el numerador el número de nacimientos atendidos por personal de salud entrenado en un período determinado y en el denominador el número total de nacimientos ocurridos en el mismo período. El resultado se multiplica por 100. Datos nacionales calculados por OMS (39).

A pesar de estas alentadoras cifras, es necesario tener en cuenta que el parto sea atendido por personal capacitado no significa necesariamente que es realizado con calidad y recursos adecuados, “este indicador puede ocultar disparidades en el acceso a los servicios entre distintas regiones y distintos grupos socioeconómicos y étnicos”(37), por lo mismo es importante no solo acceder al parto con personal calificado, sino que igualmente a la calidad de la atención que la cual se desprende las tecnologías, recursos y la atención humanizada.

### V.1 Tipo de parto y aborto

El tipo de parto que tiene una embarazada puede provocar mayores o menores riesgos de morbilidad y mortalidad materna y del recién nacido. En el documento “Recomendaciones de la OMS sobre el Nacimiento Declaración de Fortaleza” (1985), la OMS insta a que los Estados tomen las medidas adecuadas para el parto, ya que hasta los embarazos sin riesgo pueden sufrir complicaciones en el proceso, según lo que se menciona se debe propiciar a que los partos sean vaginales ya que no existiría evidencia para recomendar lo contrario, a pesar de esto debe incitar al monitoreo continuo antes, durante y después del parto (40).

En la tabla N°5 se recopilan el número de partos y abortos en el sistema público de salud chileno durante los años 2006 y 2016. Los datos seleccionados provienen de Los Resúmenes Estadísticos Mensuales (REM) de la plataforma virtual DEIS, aquella clasifica los partos en 3 categorías: 1) Normal, hace referencia al parto natural por vagina, 2) Distócico vaginal, “es cualquier anomalía en el mecanismo del parto que interfiere con la evolución fisiológica del mismo”(41), esta puede ser por presentación del feto podálico, transverso, occipitoanterior, sufrimiento fetal y/o pérdida del líquido amniótico, este tipo de partos en el feto puede asociarse a la asfixia o desangramiento de la embarazada, por lo que su prevención comúnmente es la cesárea, 3) Cesárea, es una cirugía considerada mayor la cual

aumenta los riesgos materno-fetal, por lo que su debida práctica es vital para evitar riesgos innecesarios y la adecuada utilización de recursos (42).

Tal como muestra la tabla N°4, el total de partos en el sistema público de salud durante los años 2006-2016, ha descendido un 11,1% (144.551 partos en 2016). Los partos vaginales durante los años 2006-2016 han descendido en un 21,8%, pasando así de 103.061 partos vaginales/normales a 80.560, en promedio de los años 2006-2016 es parto normal corresponde a un 59% de los 3 tipos de partos clasificados.

El parto por cesárea es una práctica que presenta beneficios y riesgos para la salud de la mujer y del feto. Este tipo de parto considerado beneficioso para la prevención del suelo pélvico de la mujer, en la reducción del riesgo de transmisión cruzada de VIH y prevención de traumatismos en el feto. Por otro lado, es riesgoso al ser una cirugía de carácter mayor, por lo que aumenta las probabilidades de infección, hemorragia y lesiones viscerales, las cuales aumentan el riesgo de mortalidad y morbilidad materna (41), por estas razones la OMS (40) recomienda que los partos por cesáreas no sean mayores a un 10-15% del total de partos.

En el caso de Chile, los partos por cesárea corresponden en promedio de los años 2006-2016 a un 38% de los partos, alcanzando en 2016 un 41% de los tipos de partos, encontrándose muy por encima de la cifra recomendada por la OMS.

<b>Tabla 4. Parto y aborto atendidos en SNSS. Chile- 2000-2016</b>						
Año	Parto				Aborto	Total General
	Normal	Distócico Vaginal	Cesárea	Total Partos		
2000	-	-	-	-	-	-
2001	-	-	-	-	-	-
2002	-	-	-	-	-	-
2003	-	-	-	-	-	-
2004	-	-	-	-	-	-
2005	-	-	-	-	-	-
<b>2006</b>	103.061	4.676	54.806	162.543	23.034	185.577
<b>2007</b>	103.360	4.369	57.192	164.921	22.997	187.918

<b>2008</b>	102.462	4.910	59.534	166.906	22.107	189.013
<b>2009</b>	104.658	4.611	62.542	171.811	20.833	192.644
<b>2010</b>				171.799	18.865	190.664
<b>2011</b>				163.372	18.657	182.029
<b>2012</b>	90.119	4.946	61.879	156.944	18.881	175.825
<b>2013</b>	86.433	4.611	61.983	153.027	17.483	170.510
<b>2014</b>	89.860	4.663	63.597	158.120	17.755	175.875
<b>2015</b>	86.076	4.332	62.576	152.984	16.809	169.793
<b>2016</b>	80.560	4.064	59.927	144.551	14.194	158.745
<b>Promedio</b>	94.065	4.576	60.448	160.634	19.238	179.872

Fuente: Datos de Resúmenes Estadísticos Mensuales (REM) de Atenciones de la Red Asistencial Pública en DEIS (43).

El parto distócico vaginal en Chile tiene un promedio de 4.576 prácticas durante el periodo 2000-2016 equivalente al 3% de los partos totales, cifra que ha disminuido un 13,1% en el mismo tiempo. Parte de las causas que pueden deberse a la disminución de su uso puede ser el diagnóstico temprano de alguna de las complicaciones que significa este tipo de parto, en donde la presentación del feto puede ser corregido o práctico por cesárea.

Como se señaló anteriormente, el aborto en Chile desde 1989 el ilegal y por lo tanto penalizado, por lo cual no es posible conocer realmente su cifra ya que muchos de estos son realizados en la clandestinidad, a través del mercado ilegal de misoprostol y mifepristena, sin apoyo de profesionales de salud o por medio de técnicas que son inseguras para las mujeres (como la aplicación de ganchos, golpes en el estómago, ingesta de plantas, entre otras). Se desconoce también el número real de mujeres que asiste a un centro de salud postaborto para realizarse una ecografía y verificar que su estado de salud no ha sido afectado. Por ello, las cifras que se presentan en el cuadro N°8 son solo un parte de los abortos que se han realizado en Chile durante los años 2006-2016, los cuales según la CIE-10 pueden haber sido provocados por embarazo ectópico, mola hidatiforme, otros productos anormales, aborto espontáneo, intento fallido, aborto médico (aunque en el caso de Chile se encontraría dentro del marco de la ilegalidad) o no especificado (23). Durante los años 2006-2016 ha disminuido el aborto en el sistema de salud pública pasando de 23.034 a 14.194 embarazos terminados en aborto, correspondiendo al descenso de un 38.4%, cifra que se condice con el panorama general de Chile desde la década de los 70, el cual había decrecido constantemente hasta los años 2000 (44).

## VI. CONTROLES PRECONCEPCIONALES

---

El cuidado preconcepcional refiere a “provisión de intervenciones biomédicas, conductuales y salud social para mujeres y parejas antes que se produzca la concepción” (45), la cual puede aumentar la salud y el bienestar de las mujeres, dando mejores condiciones el posterior embarazo y la salud infantil del recién nacido. Así, este tipo de atenciones se orienta a la prevención de la morbilidad y mortalidad materna, por lo cual estos controles deben ser introducidos en las intervenciones de los programas de salud públicas, especialmente de los países de medios y bajos ingresos que presentan mayores tasas de morbilidad y mortalidad materno-infantil.

Entre los países Latinoamericanos, Cuba a ha producido abundante documentación sobre el riesgo preconcepcional y su prevención para la reducción de la morbilidad y mortalidad materno-infantil. El riesgo preconcepcional hace referencia a la probabilidad, que tienen una mujer o el futuro feto, en tener complicaciones en el proceso reproductivo, el cual puede ser biológico, psíquico, social o ambiental (46), por lo cual el control preconcepcional puede ayudar en disminuir o erradicar la morbilidad materna y por tanto evitar al máximo las complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio (47). Los estudios realizados en Cuba sobre el riesgo preconcepcional han permitido generar recomendaciones para el descenso de la morbilidad y mortalidad materno-infantil, entre las cuales se encuentran: priorizar la salud reproductiva la morbilidad y mortalidad materno-infantil; planificación familiar a todas las mujeres, luego del postparto y especialmente a mujeres en edades extremas; determinar la morbilidad en toda/os la/os pacientes; y, predecir, diagnosticar y tratar tempranamente a las mujeres antes y durante el embarazo (47).

Chile a través del Programa de Salud de la Mujer ha incorporado los controles preconcepcionales, en todos los niveles de atención de salud pública. Este tipo de control se realiza a las mujeres en edad fértil que quieren iniciar o posponer el embarazo, siendo su principal objetivo el identificar, detectar y referir a las mujeres que presenten alguna problemática de riesgo reproductivo. Dentro de la atención se otorga tratamiento a las mujeres que lo necesiten, se apoya el inicio temprano de control del embarazo, y en el caso

de las mujeres que desean retrasar el embarazo se les deriva a planificación familiar. De igual forma a todas las mujeres se les realiza educación en salud reproductiva, VIH/SIDA, sobre la importancia del control periódico durante el embarazo, y consejerías antitabáquica (14). El Programa tiene una concentración de 2 controles preconceptionales por mujer que desee iniciar o posponer el embarazo.

Por medio de los datos entregados por los Servicios de Salud y adjuntados en la plataforma virtual DEIS del Ministerio de Salud podemos encontrar el panorama general del número de atenciones preconceptionales que se realizan en el país, datos que han sido comparados con el total de nacidos vivos corregidos según cada año, con el fin de tener una estimación de la cantidad de mujeres que se controlan. Los datos no están disponibles para los años 2000, 2002-2004 y 2007-2008. Además, se calcula el porcentaje del número total de controles preconceptionales en los SNSS según año, dividido por el total de nacimientos en SNSS según el mismo año. Los años disponibles y recopilados de la plataforma DEIS corresponden al periodo 2000-2016.

<b>Año</b>	<b>Control</b>	<b>% control preconceptional según nacidos vivos</b>
<b>2000</b>		
<b>2001</b>	33.820	
<b>2002</b>		
<b>2003</b>		
<b>2004</b>		
<b>2005</b>	48.971	
<b>2006</b>	54.216	33%
<b>2007</b>		
<b>2008</b>		
<b>2009</b>	57.031	33%
<b>2010</b>	55.260	32%
<b>2011</b>	53.033	32%
<b>2012</b>	52.047	33%
<b>2013</b>	51.805	34%
<b>2014</b>	54.677	34%

<b>2015</b>	56.826	37%
<b>2016</b>	54.006	37%
<b>Promedio</b>	<b>51.972</b>	<b>34%</b>

Fuente: Elaboración propia según datos de Serie de Nacimientos 2000-2016 & Datos de Resúmenes Estadísticos Mensuales (REM) de Atenciones de la Red Asistencial Pública en DEIS (43,48).

a. Datos observados por nacidos vivos corregidos.

Tal como se muestra en la tabla, la cantidad de controles preconceptionales durante el periodo ha aumentado un 59,7% es decir de 33.820 controles se incrementó 54.006, siendo el año 2009 donde mayores controles preconceptionales se llevaron a cabo (57.031). En promedio para el periodo 2000-2016 solo el 34% de las mujeres que tuvieron un nacido vivo en SNSS recibieron control preconceptional. A partir del año 2005 se percibe un incremento de las atenciones preconceptionales logrando llegar en 2016 al 37% de las mujeres que tuvieron un nacido vivo en SNSS. A pesar de la tendencia al incremento de las atenciones, esta sigue siendo muy baja, donde tal como revisamos anteriormente la atención preconceptional permite que la mujer al momento de estar embarazada tenga una condición de salud favorable, y de esta forma disminuir las probabilidades de desarrollar una enfermedad asociada al embarazo o agravar una enfermedad previa a este.

Lamentablemente, en las estadísticas oficiales de Chile no se reporta la cantidad de embarazo planificado/no planificado, pero el indicador de controles preconceptionales nos permite proyectar de cierta forma la cantidad de mujeres que planifican el embarazo, ya que estas atenciones tienen como máximo objetivo que la condición de salud de la mujer al momento de haber concepción sea la óptima. De esta manera, podemos especular que la cantidad de mujeres que planifican su embarazo y que realizan acciones enfocadas a su salud para llegar a un estado favorable al momento de embarazarse.

## VII. CONTROLES PRENATALES

---

Los controles prenatales cumplen las funciones de vigilar la evolución del embarazo, tanto en la mujer que lleva el feto como el desarrollo de este último, además de entregar información adecuada para la preparación del parto y la crianza. Idealmente los controles deben realizarse desde el primer trimestre (precoz); deben ser periódicos, en el caso de Chile se exige que se realicen al menos 7 durante el embarazo (49); donde debe realizarse la promoción, protección, recuperación y rehabilitación; y por último, debe tener una amplia cobertura esperando que cubra el 100% de las embarazadas (50). Se esperan con este tipo de atenciones que se reduzca la morbilidad y mortalidad materna y perinatal, ya que es a través de estos recursos donde podemos identificar problemas de salud tanto en las embarazadas como en los fetos y establecer operaciones preventivas o de rehabilitación para aquellas (51), y además fomentar los hábitos y estilos de vida saludable para la mujer y la/el futura/o recién nacida/o a través de la educación e información que se presta en estos servicios de salud (50).

Los controles prenatales son realizados en el marco del Programa de Salud de la Mujer, este tipo de control consiste en la atención integral sistemática y periódica a las mujeres embarazadas (14), el cual debe realizarse antes de las 12 semanas idealmente (precoz). En estos controles se les hace la entrega de vitaminas y minerales, medicamentos (de ser necesario), y derivaciones a odontología, servicio social, nutricionista y/o psicología según lo requiera la embarazada, atenciones que tiene una duración estimada de 20 minutos ya sea realizada por médica/o gineco-obstetra o matró/a.

Los datos recopilados a través del sitio online DEIS nos entregan un panorama general de la cantidad de atenciones que se han realizado entre los años 2001-20016 en el marco de este programa. En la plataforma no han sido encontrados los datos correspondientes a los años 2000, 2002-2004 y 2007-2008; además para los años correspondientes a 2001, 2005 y 2006 sólo se presentan los datos para las atenciones realizadas por matró/a, al contrario en el año 2010 solo se ubican los datos totales de atenciones, los cuales son la suma de las atenciones entre médico y matró/a. Además, se ha realizado un cálculo proporcional de la

cantidad de controles prenatales que reciben las mujeres en el SNSS en relación a la cantidad de nacidos vivos en el mismo sistema. Los años recopilados de la plataforma DEIS son entre los años 2006-2016, mismo caso que sucede con los controles preconceptionales.

En la tabla N°6 se presentan los datos recopilados de atenciones prenatales realizadas durante el periodo 2000-2016 en el servicio público de salud, además en el Anexo N°3 se presentan los datos de controles prenatales según profesional de salud para el mismo periodo. Es posible, observar que las atenciones han descendido constantemente a lo largo del periodo (en un 25,7%). La cantidad de controles prenatales que se realizan las mujeres que tuvieron un nacido vivo en SNSS, es en promedio para el periodo 2000-2016 de 6,2 atenciones a lo largo del embarazo, disminuyendo entre disminuyó entre 2009 y 2016 de 7,5 a 7,3 controles, encontrándonos levemente por encima de la cantidad propuesta por el Programa de Salud de mujer (7 atenciones), dando cuenta de un acceso y adherencia favorable de las mujeres al control prenatal.

Junto con ello, es posible visualizar que las atenciones entregadas por matrn/a (Anexo N°3) corresponden al 97% del total del promedio entre los años recopilados, dando cuenta que la labor que realizan esta/os profesionales de la salud es vital dentro del sistema público de salud, ya que son aquella/os quienes diagnostican y realizan la educación a las embarazadas, por lo que su formación y calidad de la atención es vital para el desarrollo de un embarazo apropiado y libre de peligros para la mujer.

<b>Tabla 6. Controles prenatales, Programa Salud de la Mujer*, Chile, 2000-2016</b>			
<b>Año</b>	<b>N° nacidos vivos</b>	<b>N° Control prenatal por médico o matron/a</b>	<b>N° Control prenatales por cada nacido vivo</b>
<b>2000</b>	-	-	-
<b>2001</b>	-	1.431.167	-
<b>2002</b>	-	-	-
<b>2003</b>	-	-	-
<b>2004</b>	-	-	-
<b>2005</b>	-	1.276.506	-
<b>2006</b>	162.886	1.258.887	7,7
<b>2007</b>	165.217	-	-

<b>2008</b>	170.729	-	-
<b>2009</b>	171.767	1.285.965	7,5
<b>2010</b>	171.668	1.276.351	7,4
<b>2011</b>	164.036	1.243.556	7,6
<b>2012</b>	157.722	1.197.554	7,6
<b>2013</b>	153.714	1.182.010	7,7
<b>2014</b>	158.981	1.176.117	7,4
<b>2015</b>	153.940	1.156.665	7,5
<b>2016</b>	145.170	1.063.274	7,3
<b>Promedio</b>	<b>161.439,1</b>	<b>1.231.641,1</b>	<b>6,2</b>

Fuente: Elaboración propia según datos de Resúmenes Estadísticos Mensuales (REM) de Atenciones de la Red Asistencial Pública en DEIS (43).

\*Controles prenatales realizados en el servicio público de salud de Chile.

## VIII. FECUNDIDAD Y SU REGULACIÓN

---

La fecundidad es el número de nacimientos que ocurren en la población en edad fértil, diferenciándose de la fertilidad, ya que apunta a la capacidad biológica de reproducirse. La tasa de fecundidad es medida en el conjunto de la población femenina en edad fértil, ya que a diferencia de los hombres, a las mujeres se les puede definir un período demarcado de fertilidad, con el inicio de la menarquia y finalizando con el climaterio. En este sentido, la fecundidad, en conjunto con otras variables como migración y mortalidad, son una de las fuerzas que determina el crecimiento demográfico de los países. La importancia de medir la tasa de fecundidad radica en la composición de la población de un territorio, a través de la cual podemos por ejemplo saber cuántos recursos debemos asignar a programas materno-infantil, en la compra y entrega de vacunas, leche, vitaminas, medicamentos, MAC, entre otros.

El Programa de Salud de la Mujer define el control de regulación de la fecundidad como “es la atención integral proporcionada en forma oportuna y confidencial a la mujer y/o pareja en edad fértil que desea regular su fecundidad” (14). Es decir, apunta a el control y poder de decisión sobre la cantidad de hija/os y su espaciamiento que desean tener las mujeres y/o pareja, para lo cual se informa, prescribe y controlan los métodos de regulación de la fecundidad, además de promover la prevención en ITS y VIH/SIDA. A partir de esto, el Estado por medio del Programa de Salud de la Mujer, asume el compromiso de impartir

servicios de regulación de la fecundidad los cuales tiene como fin el poder entregar las herramientas de información, prevención, prescripción de MAC a las mujeres en edad fértil. Así, las mujeres pueden optar a decidir sobre la autonomía de sus cuerpos en cuanto a la cantidad de hija/os que desean tener a lo largo de su vida y el espaciamiento entre aquella/os (14).

El Estado, como se mencionó anteriormente, entrega de manera gratuita diferentes métodos de regulación de la fecundidad, los cuales pueden ser hormonales, intrauterinos (de cobre), y preservativos. Estos se subdividen en 8 tipos de MAC, siendo el “dispositivo intrauterino con cobre, píldoras combinadas, píldoras de progestina sola, inyectable combinado mensual, inyectable combinado trimestral de progestina sola, implante subdérmico de etonogestrel, preservativo masculino de látex y anticoncepción de emergencia de levonorgestrel (52).

Desde una mirada de Derechos Humanos (DD.HH.), en la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo del Cairo (1994) se ha planteado por primera vez que la salud reproductiva es un DD.HH., el cual apunta a

“(…)el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre éstos y a disponer de la información y de los medios para ello y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. También incluye su derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia, de conformidad con lo establecido en los documentos de derechos humanos.” (53)

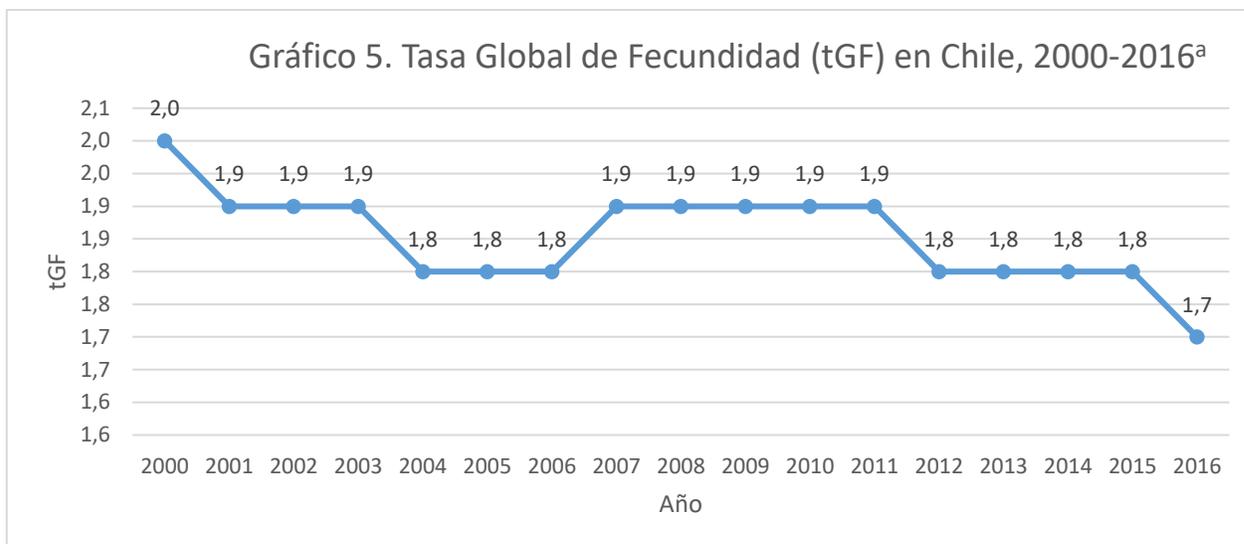
La salud reproductiva y sexual han sido definidas por la Conferencia, la primera hace referencia al bienestar físico, mental y social del sistema reproductivo; y, la salud sexual como la atención a las relaciones interpersonales y el desarrollo de la vida de las personas, por lo tanto es considerada como una esfera que está dentro de la salud reproductiva (53). Este tratado ha permitido que la atención y el acceso a la regulación de la fecundidad sea considerada un Derecho, el cual debe ser asegurado por los Estados por medio de políticas

públicas o programas, tal como lo ha hecho en parte el Programa de Salud de la Mujer, pero aquel acceso a la planificación familiar no solo debe ser en las prestaciones de controles, sino también en su trato humanizado, donde la salud sexual y reproductiva apunte a relaciones informadas, de respeto y positivas para las cualquiera de las personas involucradas, de forma tal que las desigualdades entre hombres y mujeres no sean reproducidas por este tipo de atenciones.

En este apartado expondremos un panorama general sobre la fecundidad y su regulación en Chile, en torno a la población en control y la regulación de la fecundidad según tipo de método anticonceptivo. Es importante destacar que el enfoque de Derechos Humanos es vital para el análisis, ya que nos permite ir más allá del tratamiento tradicional de la fecundidad, que ha sido el desarrollo económico del país –tal como lo hemos revisado anteriormente en la contextualización del surgimiento de políticas públicas sobre planificación familiar.

### VIII.1 Tasa de fecundidad

La tasa global de fecundidad (tGF) “es el número promedio de hijas e hijos que nacerían de una mujer de una cohorte hipotética de mujeres que durante su vida fértil tuvieran sus hijos de acuerdo a las tasas de fecundidad por edad (15 a 49 años) de un determinado período de estudio y no estuvieran expuestas a riesgos de mortalidad desde el nacimiento hasta el término del período fértil” (54), la cual nos permite saber la cantidad de hija/os promedio que podrían llegar a tener una mujer. Como se muestra en el gráfico N°5 en el año 2000 la tGF era de 2,0 hija/os promedio por mujer cifra que ha disminuido a 1,7 hija/os promedio por mujer en 2016, descendiendo en un 15% entre 2000 y 2016, encontrándose por debajo de la tasa de reemplazo que asegura el recambio generacional la cual es de 2,1 hija/os promedio por mujer.



Fuente: Series de nacimiento en DEIS (54)

a. "Su cálculo se da por la suma de las tasas específicas de fecundidad (cocientes) por grupos quinquenales de edades de las mujeres entre 15 y 49 años, multiplicado por 5. Los nacimientos de madres adolescentes y de madres de 50 o más se agregaron a las madres de 15-19 y de 45-49 años, respectivamente. Se considera que el período fértil femenino por convención internacional es de 15-49 años." (54)

Tasa específica de fecundidad "corresponde al cociente entre el número de nacidos vivos de madres según grupos de edad y el total de población femenina correspondiente al grupo de edad; tasa expresada por 1.000 mujeres"(55). En la tabla N°7 se visualizan las tasas del periodo 2000-2016, en donde la tasa de hija/os en adolescentes menores 19 años ha descendido un 46,6% en aquel periodo, 60,3 a 32,2 nacidos vivos cada 1.000 mujeres correspondientemente. Contrariamente el grupo de mujeres entre 35 y 39 años han aumentado, pasando de una tasa de 46,3 en el año 2000 a 53,5 nacidos vivos cada 1.000 mujeres en 2016, creciendo la tasa en un 15,6% en aquellos años, caso parecido en las mujeres entre 40 y 44 años que aumentaron su tasa entre aquellos años en un 18,8%.

De igual forma que las adolescentes, el resto de grupos de mujeres han disminuido su tasa de fecundidad entre los años 2000 y 2016 en: las mujeres pertenecientes al rango etario de 20 a 24 años bajó su tasa un 29,7%; las correspondiente de 25 a 29 años lo hicieron un 20,3%, siendo las que menos descendieron su tasa de fecundidad; por último, las correspondientes a la edad de 35 a 39 años bajaron su tasa en un 0,5%. Los rangos etarios de mujeres que mantuvieron su cifra fueron las de 30 a 34 y 45 a 49 años de edad.

**Tabla 7. Tasa de Fecundidad específica<sup>a</sup>. Chile 2000-2016**

<b>Año</b>	<b>10 a 14</b>	<b>15 a 19</b>	<b>20 a 24</b>	<b>25 a 29</b>	<b>30 a 34</b>	<b>35 a 39</b>	<b>40 a 44</b>	<b>45 a 49</b>	<b>50 a 54</b>
<b>2000</b>	1,5	60,3	98,6	103,3	81,6	46,3	12,8	0,8	0,0
<b>2001</b>	1,6	58,3	94,1	101,2	81,7	47,6	13,0	0,8	0,0
<b>2002</b>	1,5	53,8	91,1	97,5	80,0	46,8	13,3	0,7	0,0
<b>2003</b>	1,4	54,7	100,8	103,6	93,5	52,6	16,6	0,5	
<b>2004</b>	1,2	47,5	83,9	92,0	81,7	46,7	13,3	0,6	0,0
<b>2005</b>	1,3	48,8	82,9	92,0	80,7	46,4	13,0	0,6	0,0
<b>2006</b>	1,3	51,0	81,6	88,0	80,8	46,4	13,3	0,8	0,0
<b>2007</b>	1,4	53,3	82,7	92,5	83,1	47,5	13,2	0,7	0,0
<b>2008</b>	1,5	54,9	83,6	93,5	84,5	48,8	13,3	0,7	
<b>2009</b>	1,6	54,3	85,4	95,2	84,8	50,7	13,8	0,7	0,0
<b>2010</b>	1,5	52,0	83,1	91,3	87,4	52,3	13,7	0,7	0,0
<b>2011</b>	1,4	50,4	82,2	88,3	85,1	52,6	14,1	0,8	0,0
<b>2012</b>	1,4	49,0	80,2	84,5	85,9	52,2	13,7	0,7	0,0
<b>2013</b>	1,5	47,0	77,4	81,6	84,0	51,1	14,1	0,7	
<b>2014</b>	1,4	44,7	79,2	87,3	87,8	53,1	14,9	0,8	0,0
<b>2015</b>	1,2	39,2	75,6	85,3	85,1	54,1	15,3	0,8	0,0
<b>2016</b>	1,1	32,3	69,3	82,3	81,2	53,5	15,2	0,8	0,0

Fuente: Series de nacimiento en DEIS (55).

a. "Corresponde al cociente entre el número de nacidos vivos de madres según grupos de edad y el total de población femenina correspondiente al grupo de edad; Tasa expresada por 1.000 mujeres." (55)

Como hemos podido señalar, la fecundidad en Chile ha tenido transformaciones en dos grandes aspectos, el primero tiene que ver con la cantidad de hijos por mujer y la segunda con el aumento de la edad para tener hijos. Estos cambios han sido ampliamente tratados desde diferentes disciplinas debido al impacto en el desarrollo social y económico que significa. Estas transformaciones en la fecundidad han empezado a ocurrir desde mediados del siglo XX, donde sus cambios han sido atribuidos principalmente por las políticas de regulación de la fecundidad, la planificación familia, la entrega de MAC, la reducción de defunciones por aborto inducido, donde además las condicionantes sociales también han jugado un rol importante en el cantidad hija/os y en la edad que esta/os se tienen, donde la incorporación de la mujer al mercado laboral, las transformaciones en la estructura familiar, la urbanización, el por el coste económico que significa tener hija/os, migración, mayor escolaridad, entre otros; dando cuenta de dos grandes componentes la epidemiológica y la socioeconómica (22,56,57).

## VIII.2 Regulación de la fecundidad

Los datos reportados en los REM del portal virtual de DEIS, no se encuentran completos para el tramo de años 2000-2016, habiendo vacíos en los datos en los años 2000, 2002-2004, 2007-2008, y 2011. La cantidad de controles de regulación de la fertilidad se muestran en la tabla N°8, dando cuenta del descenso de un 98,8% entre 2001 y 2016.

<b>Tabla 8. Mujeres en edad fértil en Control de Regulación de la Fecundidad<sup>a</sup>. Chile, 2000-20016</b>	
<b>Año</b>	<b>Control por médico o matron/a</b>
<b>2000</b>	
<b>2001</b>	2.019.938
<b>2002</b>	
<b>2003</b>	
<b>2004</b>	
<b>2005</b>	2.118.429
<b>2006</b>	2.097.236
<b>2007</b>	
<b>2008</b>	
<b>2009</b>	2.064.098
<b>2010</b>	2.040.421
<b>2011</b>	
<b>2012</b>	2.028.022
<b>2013</b>	1.988.868
<b>2014</b>	1.967.259
<b>2015</b>	-
<b>2016</b>	-

Fuente: Datos de Resúmenes Estadísticos Mensuales (REM) de Atenciones de la Red Asistencial Pública en DEIS (43).

a. Atenciones realizadas en el marco del Programa de Mujer en todos los SNSS.

\*Solo por matrón/a

A continuación, se presentan los datos correspondientes de las mujeres en edad fértil en control de regulación de la fecundidad según tipo de MAC para el periodo 2000-2016, estos controles se enmarcan en el Programa de Salud de la Mujer. La fuente de datos es obtenida de los REM del sitio virtual DEIS, en el tramo de años recopilados no se encontraban los datos para los años 2000-2002 y 2008-2009. El uso de MAC ha aumentado en las mujeres en edad fértil, entre los años 2003 y 2016, en un 29,9% pasando de 1.100.779 a 1.430.430.

El método hormonal ha sido el más utilizado a lo largo de los años, teniendo un promedio de uso del 58% en el periodo y ha aumentado en un 149,8% entre 2003 y 2016. Este tipo de método a pesar de tener efectos secundarios (según la fisiología de la mujer) presenta una alta efectividad entre un 92% (pastilla, uso común) a un 99% (inyectable o subdérmico) siendo de los métodos que más alta efectividad presenta, ya que detiene la ovulación (58).

El dispositivo intrauterino ha disminuido en un uso un 47,3% entre los años 2003 y 2016, y corresponde al 38% total del promedio del periodo. El DUI de cobre, el cual es entregado de manera gratuita por el Estado, tiene efecto espermicida, por lo cual los espermatozoides no pueden fecundar el óvulo, este dispositivo que se inserta en el útero tiene un 99% de eficacia si es introducido correctamente (58) y tiene una duración de hasta de 12 años (59).

El uso de preservativo cumple una doble función, permite que no que no haya concepción y previene la transmisión de ITS y VIH/SIDA. Su uso ha variado durante el periodo 2000-2016, pero aun así su empleo ha aumentado en un 31,3% entre 2003 y 2016. De todas maneras, su entrega y utilización debería ser aún mayor, ya que como se ha mencionado anteriormente este método al ser de barrera permite prevenir infecciones y VIH, por lo cual su uso es necesario para disminuir la morbilidad en las infecciones transmisibles. El preservativo es menos utilizado por las mujeres que se controlan en regulación de la fecundidad, presentando el 5% de los métodos en el periodo.

<b>Tabla 9. Mujeres en edad fértil en control de regulación de la fertilidad según método de anticoncepción<sup>a</sup>. Chile, 2000-2016</b>							
<b>Año</b>	<b>DIU</b>		<b>Hormonal</b>		<b>Preservativo</b>		<b>Total</b>
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	
<b>2000</b>							
<b>2001</b>							
<b>2002</b>							
<b>2003</b>	641.519	58%	413.966	38%	45.294	4%	1.100.780
<b>2004</b>	609.469	58%	400.281	38%	44.070	4%	1.053.821
<b>2005</b>	612.255	53%	486.567	42%	51.824	5%	1.150.647

<b>2006</b>	589.333	51%	518.809	45%	57.230	5%	1.165.373
<b>2007</b>	545.572	47%	555.936	48%	60.051	5%	1.161.560
<b>2008</b>							
<b>2009</b>							
<b>2010</b>	128.695	26%	327.146	67%	32.367	7%	488.209
<b>2011</b>	420.983	33%	779.690	62%	56.555	4%	1.257.229
<b>2012</b>	412.677	31%	860.753	64%	63.283	5%	1.336.714
<b>2013</b>	390.956	29%	914.260	67%	63.521	5%	1.368.738
<b>2014</b>	361.224	26%	965.013	70%	59.664	4%	1.385.902
<b>2015</b>	338.361	24%	1.034.045	72%	58.447	4%	1.430.854
<b>2016</b>	323.543	23%	1.047.402	73%	59.485	4%	1.430.431
<b>Promedio</b>	<b>447.882</b>	<b>38%</b>	<b>691.989</b>	<b>58%</b>	<b>54.316</b>	<b>5%</b>	<b>1.194.187</b>

Fuente: Datos de Resúmenes Estadísticos Mensuales (REM) de Atenciones de la Red Asistencial Pública en DEIS (43).

a. Atenciones realizadas en el marco del Programa de Mujer en todos los SNSS.

## RECAPITULACIÓN

---

A modo de cierre, recapitulamos los principales hallazgos y transformaciones que ha sufrido el estudio de la mortalidad materna y los controles de salud de la mujer en el embarazo, parto y puerperio, para así abrir paso a la discusión sobre los desafíos que tiene Chile en esta materia.

Las políticas de salud materna en Chile han tenido grandes cambios, sin duda alguna el gran paso en esta materia comienza en los años 60 con las políticas de planificación familiar. Estas políticas surgen ante la preocupación por la TMM –principalmente por aborto inducido– y por asegurar una ‘paternidad responsable’. De esta forma, se promueve y aumenta el acceso a la anticoncepción, al parto profesionalizado y al control prenatal, lo cual permitiría reducir las tasas de mortalidad materna-infantil. La generación de los

programas enfocados en la planificación familiar en esta época y en las décadas anteriores, no surgen sólo desde la necesidad de generar mejores condiciones de vida para la población femenina, sino que igualmente se ven relacionadas con el proyecto modernizador nacional e internacional de desarrollo económico, en el cual la salud materna sería asociada al control del crecimiento poblacional y a la generación y promoción de la familiar nuclear.

Tras la adopción de estas medidas y los avances que otorgarían en la reducción de las tasas de salud materno-infantil, Chile sufriría de grandes retrocesos en materia de políticas públicas de salud durante la dictadura cívico militar de Augusto Pinochet. La instauración del modelo económico neoliberal tendría como consecuencias en la privatización de los servicios de salud con la creación de las ISAPRES y la reducción del gasto público, disminuyendo el acceso a estos servicios. Además, el aborto pasa al plano de la ilegalidad, Derecho Sexual y Reproductivo que aún no era restaurado hasta el año 2016. A pesar de la implementación de estas medidas, la mortalidad materna no sufriría aumentos como podría pensarse.

Con el retorno a la democracia, en 1991 se crea el Programa de Salud Materna y Perinatal, el cual es actualizado en 1997 pasándose a llamar Programa de Salud de la Mujer, que es utilizado hasta la actualidad. Este Programa contempla atención basada en los Derechos Sexuales y Reproductivos y atención integral, en el cual se implementa atención psicológica, ocupacional, comunitaria y dental. Los controles son realizados en los tres niveles de atención pública, los cuales constan de control preconcepcional, prenatal, psicoafectivo del feto, control en el puerperio, salud del recién nacido, lactancia materna, consejería en regulación de la fecundidad, controles preventivos ginecológicos, de morbilidad, en el climaterio, nutricional; además salud en educación, comunitaria, dental y ocupacional. Este Programa es complementado con el Programa Chile Crece Contigo (ChCC) con los controles de detección de riesgos, educación (individual, familiar y grupal) y atención en el proceso de nacimiento, es decir compete pre-parto, parto y puerperio.

El último avance en materia de salud pública materna es la creación de la Ley 20.418 (2010), la cual reglamenta la entrega de educación sexual a jóvenes en los establecimientos

educacionales y la entrega y acceso de métodos de regulación de la fertilidad femenina y masculina.

Chile, para el año 2000, cuenta en parte con una institucionalidad en materia de salud materna, lo cual se ve traducido en programas y estrategias de salud que favorecen la promoción y prevención en la salud materna. Además, con el fin de dar paso a una reforma sanitaria, en el año 2002 se crea la Estrategia de Nacional de Salud para la década del 2000-2010, la cual tiene propósito final el mejorar las condiciones de salud de la población chilena, a través de lo cual genera objetivos y metas para lograr la reforma sanitaria. Dentro de los 4 macro objetivos que se plantean, se encuentra contenido dentro del objetivo de “mejorar los logros alcanzados”, el aludido a la salud materna y en específico a la reproductiva. Además, Chile al ser Miembro Estado de ONU adhirió a los Objetivos planteados por la misma institución, donde para el periodo 2000-2015 se crean los ODM, el cual en su objetivo N°5 “mejorar la salud materna”, contempla en sus metas el “reducir, entre 1990 y 2015, la tasa de mortalidad materna en tres cuartas partes. La Estrategia Nacional de salud en conjunto con los ODM daría paso a nuevas medidas y objetivos para la reducción de la mortalidad materna, lo cual tendría como implicancias el favorecer la salud materna.

La Estrategia Nacional de Salud 2000-2010 se propone reducir en un 50% la mortalidad materna en Chile para al 2010, correspondiendo a 1.2 muertes maternas por cada 10.000 nacidos vivos para el final de década. A pesar de que Chile logra disminuir su tasa de mortalidad materna, el país no alcanza la meta propuesta por el Ministerio de Salud, teniendo para el año 2010 una tasa de 1,79 muertes maternas por cada 10.000 nacidos vivos (Tabla N°10), es decir nos encontramos para la fecha un 49,2% sobre lo propuesto.

<b>Tabla 10. Estrategia Nacional de Salud 2000-2010 - 1.3 Salud de la Mujer, salud reproductiva</b>				
<b>Meta: Disminuir la mortalidad materna en un 50%: tasa al 2010 de 1,2 por 10.000 nacidos vivos.</b>				
<b>Indicador</b>	<b>2000</b>	<b>2005</b>	<b>2010</b>	<b>Meta 2010</b>
<b>Tasa de mortalidad materna</b>	1,87	1,85	1,79	<b>1,2</b>

Fuente: Datos Series de Defunciones en DEIS-MINSAL (19).

Por otro lado, los ODM contemplan que para el 2015 todos los países hayan reducido su TMM en tres cuartas partes. Chile en el año 1990 tenía una tasa de mortalidad materna de 40,0 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos(60), por lo que para cumplir con esta meta de los ODM, para el año 2015 la tasa de mortalidad materna debía ser de 10,0 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos. Tal como se puede apreciar en la tabla N° 11 Chile, en el año 2015 alcanza una mortalidad materna de 15,5 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos, es decir, durante el periodo logramos reducir la TMM en un 61%, por lo tanto para el indicador de esta meta no se ha logrado cumplir con el objetivo.

El segundo indicador para medir esta meta se relaciona con la profesionalización del parto, donde para 2015 aquel debe alcanzar el 100% de los partos, es decir que todos los partos que se realizan en el país debe ser atendidos por un profesional de la salud capacitado, el cual pueda diagnosticar, tratar y derivar a aquellas mujeres que se encuentran en un parto normal o de emergencia obstétrica. Para el año 2015, el porcentaje de partos con asistencia de personal sanitario especializado alcanza un 99,7, de modo tal que no se cumple con el indicador. Es importante mencionar de igual manera que en Chile el parto profesionalizado nunca bajó del 99%, siendo de todas formas un buen indicador de salud.

<b>Tabla 11. Objetivos del Milenio - Objetivo 5: Mejorar la salud materna.</b>					
<b>Meta 6: Reducir, entre 1990 y 2015, la tasa de mortalidad materna en tres cuartas partes</b>					
<b>Indicador</b>	<b>2000</b>	<b>2005</b>	<b>2010</b>	<b>2015</b>	<b>Meta 2015</b>
<b>16. Tasa de mortalidad materna</b>	18,7	18,5	17,9	15,5	<b>10,0</b>
<b>17. Parto profesionalizado</b>	99	99,8	99,8	99,7	<b>100%</b>

Fuente: Datos Series de Defunciones en DEIS-MINSAL (19) y División de Estadística de las Naciones Unidas (DENU) Indicadores de los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Base de Datos Mundial (38).

Tal como revisamos en un inicio del Informe el siguiente paso en materia de salud materna desde una mirada internacional se inicia con la agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Aquella dentro de sus 17 objetivos, contempla en el N°3 el “Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades”, siendo su meta N°3.1 la que alude a la salud materna, proponiendo que “De aquí a 2030, reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000

nacidos vivos” (37). En el caso de Chile, tal como hemos podido revisar anteriormente, la TMM<sup>3</sup> se muestra al descenso, teniendo el año 2016 una tasa de mortalidad materna de 9,0 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos, y se espera que en esta medición de la mortalidad materna siga descendiendo durante los años. En el caso del indicador de partos profesionalizados, este no contiene una meta definida, pero su porcentaje tal como vimos con los ODM, es bastante favorable. A pesar, que para el año 2016 no contamos con los datos, para el año 2015 su porcentaje alcanzaba 99,7 partos atendidos por un profesional especializado.

<b>Tabla 12. Agenda 2030 -Objetivo 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades.</b>			
<b>Meta 3.1: De aquí a 2030, reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos</b>			
<b>Indicador</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>Meta 2030</b>
<b>16. Tasa de mortalidad materna</b>	15,5	9,0	<b>&lt;70,0</b>
<b>17. Porcentaje de partos con asistencia de personal sanitario especializado</b>	99,7	s/d	<b>Sin meta</b>

Fuente: Datos Series de Defunciones en DEIS-MINSAL (19) y División de Estadística de las Naciones Unidas (DENU) Indicadores de los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Base de Datos Mundial (38).

A nivel general, la mortalidad materna en el periodo 2000-2016 sufre transformaciones a lo largo del periodo. En primer lugar, la tasa de mortalidad materna medida hasta los 42 días terminado el embarazo, tiene una tendencia exponencialmente decreciente, pasando de 18,7 muertes a 9 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos. Situación contraria sucede en la medición de la mortalidad materna tardía (más de 42 días, pero menos de un año terminado el embarazo), la cual aumenta de 18,7 a 21,9 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos. El incremento de la tasa de mortalidad materna tardía es preocupante, en el sentido de que sus muertes se deben en gran parte a problemas asociados a la morbilidad, generadas o agravadas por el estado de embarazo. La gran cantidad de estas causas son prevenibles, es decir que a pesar que puedan llegar a desarrollarse en el embarazo no deberían ser una causa de muerte, ya que con un apropiado seguimiento durante y después del embarazo y parto pueden ser controladas. Otro punto a tomar en cuenta, es que los controles asociados a la maternidad del programa de Salud de la Mujer, solo duran hasta los 42 días terminado el embarazo, por lo que la

<sup>3</sup> La tasa de mortalidad materna contabiliza las muertes maternas hasta antes de los 42 días terminado el parto.

mujer queda sin supervisión profesional tras este periodo. A pesar que posteriormente se realizan controles de salud de la mujer en el marco del Programa, como por ejemplo los ginecológicos y de regulación de fecundidad, estos no son enfocados en la salud materna. Es así, que el Programa de Salud de la Mujer es limitado en su enfoque integral de salud, por lo que uno de los grandes desafíos que enfrenta el Programa en esta materia, es lograr que los controles sean vistos interconectadamente, analizando todos los componentes de salud de la mujer e incorporando en los controles el factor de un parto posterior al puerperio.

Las causas de muerte materna han tenido cambios durante el periodo trabajado, en donde las causas obstétricas indirectas (O98.-; O99); las muertes por edema, proteinuria y trastornos hipertensivos en el embarazo, parto y puerperio (O10-O16); y las muertes maternas por cualquier causa obstétrica que ocurren después de 42 días (O96.-; O97) encabezan la lista. Tal como hemos mencionado anteriormente, estas causas de muerte son prevenibles y hacen referencia a los cambios asociados a la morbilidad de la mujer antes, durante y después del embarazo, por lo que las transformaciones de las causas de muerte materna asociadas a la morbilidad, nos indican un sistema de salud que presenta déficit en la calidad de atención obstétrica, profesionalizada del parto y del control preconceptionales y prenatales. Es entre sentido, la planificación del embarazo, el control, prevención y tratamiento de aquellas enfermedades debe incorporarse como uno de los principales focos de atención en la salud materna.

Por otro lado, este nuevo panorama para la década nos hace pensar en una posible transición obstétrica, la cual implicaría que a causa de la transición demográfica, a las transformaciones no solo en sistema de salud, sino que igualmente en el social, económico y cultural, las causas de muerte materna presentan cambios (61). En las últimas etapas de la transición obstétrica se vería marcada por la reducción de la fecundidad y de la TMM, en donde las causas de muerte materna serían indirectas, siendo estas las principales causas de muerte (25,62,63).

De igual forma, este aumento de las tasas de muerte materna tardía y las transformaciones de las causas de muerte materna, puede verse asociadas a los cambios en la edad en la cual las mujeres tienen hija/os. En donde, el incremento en las edades extremas superiores (sobre los 35 años) aumenta los riesgos de morbilidad y por tanto de mortalidad materna en las mujeres, estos cambios culturales del momento en cual una mujer se embarazada, deben recibir una atención profesional especializada y con mayores controles de atención.

El parto profesionalizado no ha tenido cambios destacables durante el periodo 2000-2016, teniendo una cifra bastante favorable del 99,7% para el año 2015. Por otro lado, los tipos de partos han cambiado. El parto normal (vaginal) ha disminuido un 21,8% entre 2006-2016, y el parto por cesárea ha aumentado un 10,3%, correspondiendo a en 2016 al 41% de los partos realizados en el sistema público en el año 2016, cifra que se encuentra 4 veces más alta de lo recomendado por la OMS. La cesárea, al incrementar los riesgos durante el parto, cuando es realizada innecesariamente (aproximadamente entre el 10-15% de las mujeres necesitaría realmente un parto por cesárea), nos indica que el sistema de salud pública está fallando en cuanto a la prevención y tratamiento en la salud materna, donde existiría una creciente medicalización del parto. Es necesario investigar cuántas de las muertes maternas ocurrieron por alguna causa agravada o provocada por el parto de cesárea, más aún en Chile, país que tiene poca investigación sobre esta temática específica, lo cual trae como consecuencia que no podamos tomar medidas que favorezcan la salud materna y se hagan modificaciones en los protocolos y programas de salud materna.

Existen importantes limitaciones en la medición del parto por aborto debido a su ilegalidad, por lo que no es posible saber realmente cuántas mujeres han abortado en Chile durante ese período. En los registros del sistema público podemos ver que existe una disminución de este tipo de parto, la cual puede ser causa de la introducción de MAC, cambios culturales, de fecundidad, natalidad, además por el uso de métodos de aborto inducido menos riesgosos, tal como sucede en Brasil con el uso de misoprostol y mifepristona (61). Estos son parte de los posibles factores por las cuales se podría haber reducido esta cifra, pero no sabremos la real magnitud y problemáticas que tienen las mujeres al momento de abortar hasta que el aborto sea legal en todas las causales. El estado chileno, al adherir a

las convenciones internacionales de Derechos Humanos, tiene la obligación de dar igual acceso a la salud a todas las personas, incluyendo a las mujeres en su derecho a decidir por sus cuerpos y a la autonomía, a la información y a la atención en salud.

Los controles asociados previos al parto, es decir el preconcepcional y prenatal, son esenciales para que la mujer llegue al embarazo en condiciones favorables de salud. Además, por medio de estos controles se pueden prevenir las enfermedades asociadas o agravadas al embarazo, y asistir a en el caso que exista una enfermedad. Estos controles por lo tanto, son esenciales para prevenir y tratar la morbilidad de la mujer en el embarazo, lo cual permitiría reducir la tasa de mortalidad materna, y con mayor razón debido a que una de las principales causas de defunción materna se asocia a la morbilidad.

En el caso del control preconcepcional, este presenta un crecimiento exponencial, pero su proporción sigue siendo muy baja, donde para el año 2016 solo el 34% de las mujeres que tuvieron un recién nacido en SNSS tuvieron control preconcepcional. La planificación familiar y las acciones para llegar a un estado favorable de salud en el embarazo son esenciales al momento de pensar en la reducción de la TMM. En este sentido, es necesario generar investigaciones que apunten a conocer es estado de planificación familiar en Chile, sobre las concepciones que tienen tanto hombre como mujeres sobre la salud en el embarazo y sobre la incidencia que podría tener la educación sexual en los conocimientos sobre el embarazo y su desarrollo propicio. Así, el Estado podría tomar las medidas apropiadas según la población, teniendo una mirada no solo desde lo que se puede realizar desde los programas de salud materna, sino que también a largo plazo desde la educación sexual.

Al contrario, el control prenatal tiene una tendencia a la baja, la cual podría deberse a una disminución de la fecundidad en Chile. En promedio, para el periodo 2000-2016 la cantidad de controles que recibieron las mujeres que tuvieron un nacido vivo fue de 6,2 controles prenatales, cifra que disminuyó entre 2009-2016 entre 7,5 a 7,3 controles prenatales, encontrándonos en un estado favorable de lo propuesto por el Programa de Salud de la Mujer (7 atenciones). La investigación en Chile sobre esta temática es casi inexistente, en

otros países latinoamericanos como Colombia y Perú, en otros países de Latinoamérica que viven una situación disímil a la del país, las razones de abandono o baja adherencia a los controles prenatales se debe al bajo nivel educacional y nivel socioeconómico, a las barreras geográficas para el acceso a la atención, falta de apoyo en la familia, barreras de acceso por el quehacer doméstico, dificultad de los permisos laborales para asistir al control, el trato inadecuado de la atención (como la violencia obstétrica), poca entrega de información durante la gestación y la mala gestión y coordinación en la derivación entre centros de salud y entre programas. Estos son parte de los principales factores por los cuales las mujeres se controlan menos durante el embarazo (64–66). A pesar, que esta cifra nos permite visualizar que existe una adecuada adherencia al control prenatal en las mujeres que se atienden en SNSS, no podemos saber si la calidad de la atención que reciben es la apropiada. Teniendo en cuenta estos datos, es de vital importancia que demos cuenta de las acciones que han favorecido a que esta cifra sea alta, con el fin de hacer visible las acciones que protegen la salud materna con el fin de fortalecerlas y readecuar las que vayan en contra de este fin.

La tasa global de fecundidad ha disminuido en el periodo 2000-2016, alcanzando en el último año 1,7 hijos promedio por mujer, por lo tanto encontrándonos por debajo de la cifra de reemplazo (2,1 hijos promedio por mujer). Además, la edad promedio de hijos en las mujeres entre 35 y 39 años aumentó un 15,6%, y las mujeres entre 40 y 44 años lo hicieron un 18,8%. Tal como revisamos anteriormente, eso puede tener como consecuencia el cambio de las causas de mortalidad materna, las cuales durante el periodo se ven asociadas a problemas de morbilidad, y que se incrementan en las edades extremas de edad. Recalcando la idea mencionada anteriormente, es necesario abrir líneas de investigación sobre el embarazo y los riesgos asociados en edades extremas, con el fin de generar programas que prevengan sus posibles riesgos y de le otorguen la seguridad necesarias a las mujeres que deciden tener hijos durante esta edad.

Las mujeres en edad fértil en control de regulación de la fecundidad para el año 2016, el 73% utiliza como principal MAC el hormonal, luego le siguen aquellas mujeres que utilizan DIU, y por último, con un 4% las que utilizan preservativo. Los dos primeros métodos, tienen

un nivel de efectividad sobre el 90%, por lo que si su uso es el adecuado, tienen bajas probabilidades de quedar embarazadas. Lo problemático de esta cifra es que el uso de preservativo es muy bajo, método que no solo sirve como MAC, sino que también como método de barrera para ITS/VIH, por lo que su uso debería ser promocionado por las autoridades. En este sentido, sería interesante saber cuáles son las principales razones de las mujeres a la hora de decidir por qué tipo de MAC utilizar, y de esta manera saber cuáles son las nociones y posibles estigmas que existen sobre el preservativo en la población femenina.

Es importante destacar que las limitaciones de este informe residen en la información disponible de las estadísticas oficiales entregadas por DEIS, la cual por un lado tiene vacíos en los años en los se encuentra disponible la información, por otro, no se encuentra información disponible por acceso online a datos más específicos, tales como los asociados al embarazo no planificado, embarazo adolescente y uso MAC en la población en general. DEIS plantea dentro de su misión, ser una plataforma que entregue información estadística sobre salud a los diferentes tipos de usuarios, pero la sistematización de los datos en la página online están ordenados de manera irregular según años, por lo que la información no es entregada de manera igualitaria por cada año, teniendo como consecuencias un acceso dispar a la información para los diferentes tipos de usuarios.

## RECOMENDACIONES A LAS AUTORIDADES

---

La salud materna -en cuanto a la mortalidad y controles de salud durante embarazo, parto y puerperio en la atención primaria de salud- han tenido importantes transformaciones durante el período 2000-2016, lo cual implica nuevos desafíos para las próximas décadas. Para seguir avanzando en el favorable progreso de una maternidad segura la/os profesionales de la salud, el Estado, la comunidad científica y como sociedad debemos enfocar nuestras acciones para el apropiado desarrollo de una maternidad segura.

Tal como hemos podido apreciar a lo largo del informe, los cambios más importantes asociados a la mortalidad materna son: a) la reducción de la TMM hasta los 42 días terminado el embarazo; b) aumento de TMM después de los 42 días y menos de un año terminado el embarazo; c) transformaciones en el perfil epidemiológico de las causas de muerte materna, siendo sus principales defunciones las muertes obstétricas indirectas; muertes por edema, proteinuria y trastornos hipertensivos en el embarazo, parto y puerperio; y las muertes asociadas por cualquier causa obstétrica que ocurre después de 42 días, todas muertes evitables que son expresión de inequidad y desigualdad del acceso y calidad de la atención en salud materna, social y económica de las mujeres.

En cuanto a los controles de salud se destaca: a) Aumento de los controles preconceptionales, pero aun así siendo bajos alcanzando un 23% de mujeres que tienen un recién nacido para el año 2016; b) Disminución de los controles prenatales promedio que se realizan las mujeres que tuvieron un recién nacido, alcanzando en 2016 3,2 controles; c) Reducción de la tasa de fecundidad, encontrándose por debajo de la tasa de reemplazo para el año 2016 (1,7 hijos promedio por mujer); d) Aumento de la tasa de fecundidad específica en los grupos de edades extremas superiores (35 a 44 años); e) Aumento del uso de método anticoncepcional hormonal en mujeres que se atienden en el sistema público (73%) y utilización del 5% de preservativo en aquellas mujeres; f) Aumento del porcentaje de profesionalización del parto durante el periodo 2000-2016, alcanzando para el último año un 99.7% de los partos; g) Disminución de los partos normales, distócico vaginal y

aborto; y, h) Aumento del parto por cesárea correspondiendo al 38% de los partos promedio para el periodo.

Este panorama nos enfrenta a un nuevo escenario en el cual Chile ha logrado reducir su tasa de mortalidad materna, pero, tal como hemos mencionado anteriormente en el informe, aquella no ha sido suficiente para lograr los objetivos propuestos por el Estado chileno y la ONU. Además, las causas de defunción de las mujeres han cambiado durante el período 2000-2016, dando paso a un nuevo perfil epidemiológico, en el cual los controles para la prevención y tratamiento de la morbi-mortalidad materna nos permitirán orientar las medidas que deben ser adoptadas por el Estado, los servicios de salud y la comunidad para lograr una maternidad sin riesgos A partir de los textos de CLAP, et al.(67), González, et al. (68), Villanueva-Egan, et al. (69) y de Bathala (70) buscamos recopilar las estrategias, medidas e intervenciones que han sido recomendadas, estudiadas y evaluadas desde la investigación científica, con el fin de realizar recomendaciones que que sean eficientes y efectivas.

## **1. Sistema de salud – programas y servicios asistenciales**

### **1.1. Acceso y atención de calidad en salud materna:**

- Garantizar el acceso a la atención de controles preconceptionales, prenatales y postnatales a todas las mujeres que desean tener un hijo/a o que se encuentren embarazadas sin distinción de edad, raza, nacionalidad, clase, género, idioma y condición de salud.
- Promoción de control preconceptional: Alcanzar al menos dos controles preconceptionales en las mujeres que desean tener hija/os.
- Promoción de controles prenatales: Fortalecer las acciones costo-eficientes.
- Creación de espacios amigables con información física y accesible sobre salud materna, con enfoque en la identificación de prácticas y síntomas de riesgos a todas las mujeres, sin distinción de edad, raza, nacionalidad, clase, género, idioma y condición de salud.

- Disponibilidad de al menos un personal sanitario capacitado en atención del parto y maternidad las 24 horas del día y los 7 días de la semana -la proporción debe ser ajustada según la cantidad de mujeres en edad fértil y embarazadas que se encuentren en la zona y servicio de salud. Con el fin que la medida sea costo-efectiva se debe fortalecer la disponibilidad de matrona/es en los servicios de salud.
- Promover el acceso de mujeres que viven en zonas alejadas de recintos asistenciales con la ayuda de transporte, mobile health (MHealth) o telemedicina, dependiendo del estado y gravedad de salud de la mujer que se encuentra embarazada, en trabajo de parto, en el periodo de puerperio o hasta un año terminado el embarazo.

#### 1.2. Calidad de atención en salud materna:

- Capacitación y promoción de la atención humanizada con enfoque de derechos y género a todo el personal sanitario capacitado en atención del embarazo y parto, con el fin que el acceso, adherencia y permanencia de las mujeres en los controles de salud materna no sea por la atención recibida por el personal de salud.
- Promoción y difusión de los canales de denuncia de las malas prácticas ejercidas por el personal sanitario en las mujeres que se atienden en los controles de salud materna. Para lo cual se deben generar espacios seguros que garanticen la privacidad de la información de las mujeres denunciantes. Asimismo, se debe fortalecer el sistema de la Superintendencia de Salud para la efectiva respuesta e infracción en el caso de ser necesario.
- Fortalecimiento de políticas que aseguren el trato con perspectiva de derechos sexuales y reproductivos a todas las mujeres edad, raza, nacionalidad, clase, género, idioma y condición de salud.

### 1.3. Planificación familiar:

- Prevención del embarazo no deseado: Entrega de al menos 3 tipos métodos anticonceptivos gratuitos que tengan un rango de efectividad en el uso común sobre el 90% (hormonales, DIU o preservativo de vagina o pene), a todas las mujeres en edad fértil, sin importar su previsión de salud y con énfasis en edades extremas. El acceso y la entrega de aquellos deben ser realizados sin discriminación de edad, raza, nacionalidad, clase, género, idioma y condición de salud, en donde el enfoque de Derechos Humanos prime en la atención.
- Coordinación con la fundación estatal Promoción y Desarrollo de la Mujer (PRODEMU) para el empoderamiento de las mujeres en su propia salud, con el fin de que detecten en sí mismas factores de riesgos que podrían incidir en una maternidad insegura.

1.4. Incorporar un enfoque integral de la atención en todos los controles que no sean de salud materna en el Programa de Salud de la Mujer en aquellas mujeres que ha tenido un parto después de los 42 días y menos de un 1 año, con el fin que siga un monitoreo integral de las mujeres que han tenido un parto durante ese periodo, y así disminuir las cifras de mortalidad materna tardía.

1.5. Focalización y prevención en el Programa de Salud de la Mujer en morbilidad materna extrema (near miss), a partir de los controles prenatales y preconceptionales de las principales causas de morbilidad materna extrema identificadas por medio de la medición, vigilancia y auditorías anuales (ver medidas 2.4 y 1.7)

### 1.6. Capacitación del personal sanitario especializado en atención del parto:

- Capacitación del personal sanitario en atención del parto con tecnologías y evidencia costo-efectivas a base de evidencia científica, con priorización en personas que tenga menores competencias en esta.

- Promover por medio de circulares y códigos sanitarios la capacitación de estudiantes y profesionales sanitarios en salud materna, para la destinación de recursos e instancias de formación obligatorias.

1.7. Fortalecer la identificación, diagnóstico, tratamiento y eficiencia en las tomas de decisiones de las buenas y malas prácticas ejercidas por el servicio de salud y su personal, para promover y fortalecer las que prácticas y recursos favorables y reformular los que no sean costo-efectivos.

- Evaluación, al menos anual, de la calidad, eficiencia y eficacia de la atención de salud materna con enfoque de riesgos y costo-efectivo.
- Auditorías anuales para la identificación de las principales causas, recursos y decisiones que fueron realizadas en los casos de morbilidad materna extrema y mortalidad materna, con el fin de evaluar los factores fortalecidos, reformulados o suprimidos.

1.8. Legalizar el aborto libre y gratuito a todas las mujeres sin distinción de edad, raza, nacionalidad, clase, género, idioma y condición de salud.

- Todas las muertes deben ser la máxima preocupación del Estado, el cual debe ser garante del acceso a procedimientos de calidad y libres riesgos. A pesar que la mortalidad materna por aborto ha disminuido durante el periodo 2000-2016, se ha demostrado en otros países que la legalización, entrega de información y acceso a aborto médico y quirúrgico disminuye la mortalidad por esta causa casi en su totalidad.
- Sensibilizar a toda/os la/os profesionales de la salud para brindar información basada en derechos sobre aborto.
- Formar al personal sanitario capacitado en atención del parto en técnicas y procedimientos para realizar aborto medicamentoso y quirúrgico con enfoque de derechos.
- Realizar y difundir guías de información en base a evidencia científica sobre aborto para toda la población.

1.9. Fortalecer la plataforma online del Programa de Salud de la Mujer del Ministerio de salud:

- Actualización de guías de tratamiento, códigos sanitarios, políticas nacionales de salud de la mujer y tratados de los Derechos Sexuales y Reproductivos en la plataforma online ya existen del Programa de salud de la mujer, con el fin que haya un acceso expedito a la información.
- Creación de guías didácticas para todas las mujeres que deseen tener información sobre maternidad segura y planificada, por lo que aquellas deben ser realizadas sin distinción de edad, raza, nacionalidad, clase, género, idioma y condición de salud.

1.10. Incorporación de objetivos y metas de salud materna para la Estrategia Nacional de Salud 2020-2030

- Asegurar la promoción de una maternidad segura y humanizada, de esta manera asegurar la disminución de la mortalidad materna (hasta los 42 días terminado el parto y de la mortalidad materna tardía) y el incremento de la atención de controles preconcepcionales, prenatales y postnatales.
- La Estrategia debe incorporar la destinación de recursos económicos para la realización óptima de las metas y objetivo.

1.11. Educación Sexual integral (ESI) para una salud materna segura:

- A largo plazo una ESI, permite formar en conocimientos y herramientas sobre desigualdad y violencia de género, sexualidad, VIH, métodos anticonceptivos, aborto, violencia de pareja, reproducción, planificación familiar, maternidad segura, parentalidad responsable, entre otros. ESI permite empoderar a las mujeres sobre sus decisiones en salud con el fin de mejorar su calidad de vida, donde la salud materna segura y planificada puede salvar la vida de muchas mujeres, al tener información que se transforma en acciones proactivas sobre su propia salud.

- Actualización de la ley 20.418: La cual fija las normas sobre la información, orientación y prestaciones sobre la fertilidad, da paso a que los establecimientos educacionales impartan educación sexual, la cual debe estar orientada según cada proyecto educacional, donde tanto padres como profesionales de la educación inciden en los contenidos. Es necesario actualizar en coordinación con el Ministerio de Salud que se implemente un curriculum único y transversal para toda/os la/os estudiantes. Así, todas las personas tendrán los conocimientos y herramientas necesarias para hacerse cargo de la salud sexual de sí misma/os y de la/os demás, en donde la prevención y planificación de la maternidad y paternidad sea accesible realmente para toda/os

## **2. Estadísticas vitales**

2.1. Actualización anual de los principales indicadores de mortalidad materna, morbilidad materna y controles de salud de materna desagregados al menos geográficamente y por edad. Estos indicadores deben estar disponibles en la plataforma online de DEIS con un generador de datos accesible de manera expedita a toda la comunidad, recomendamos seguir los ejemplos de la plataforma Cepalstat y Unstat.

2.2. Base de datos anual de mortalidad materna y morbilidad materna (hasta un año después del parto), la cual debe estar disponible en la plataforma online de DEIS. Los datos deben estar desagregados al menos: geográficamente, por edad, estado civil, nivel educacional, ingreso socioeconómico, ocupación (remunerada o no remunerada), nacionalidad, etnia, determinantes sociales, peso, estatura, semana de embarazo, cantidad de embarazos, embarazo deseado o no deseado, problemas de salud previos al embarazo, enfermedades durante el embarazo (según tipo de enfermedad), controles prenatales y preconcepcionales (cantidad, inicio de la atención y fecha de los control/es), atención profesionalizada del parto, fecha de parto, tipo de parto, acompañamiento durante el proceso de embarazo y parto, causa de defunción (según CIE-10) y fecha de la defunción.

Tener estadísticas vitales actualizadas y con un completo registro nos permite identificar, monitorear, evaluar y realizar acciones para fortalecer las políticas y programas de salud materna en base a la evidencia científica.

2.3. Creación y aplicación de encuesta de satisfacción a las usuarias de las atenciones de salud materna, para conocer el acceso y calidad de la atención que reciben las usuarias del sistema de salud y de su personal. La base de datos y resultados de la encuesta deberá estar disponible para toda la población bajo la Ley de Transparencia.

2.4. Medición y vigilancia de la morbilidad materna, con enfoque en la morbilidad materna extrema (near miss) para lograr en base a evidencia científica la focalización y prevención de morbilidad materna

2.5. Capacitación para el uso de registros clínicos y de CIE-10: Elaborar, promover y capacitar a todo el personal sanitario en el uso de las herramientas de clasificación, en donde se difundan materiales para la interpretación de la información y registro, a través de talleres y ad vocacy en cada servicio de salud, con el fin de promover la herramienta. Esta medida busca disminuir el subreporte y fortalecer de las cifras de salud materna para obtener información fidedigna y de la calidad.

2.6. Asignar presupuesto específico para el fortalecimiento de las estadísticas vitales en salud materna, para su vigilancia, evaluación e investigación, con el fin de tomar decisiones que sean costo-efectivas y basadas en evidencia.

## GLOSARIO DE TÉRMINOS

---

**Aborto inseguro:** “También llamado Aborto en condiciones de riesgo, es cuando el procedimiento para finalizar un embarazo no deseado es provocado y se realiza por personas que carecen del entrenamiento necesario o que se lleva a cabo en un ambiente donde se carece de un estándar médico mínimo, o ambos” (42).

**Aborto:** “Se define como la expulsión o extracción del producto de la concepción fuera del útero materno, con un peso igual o inferior a 500 gramos o antes de las 22 semanas” (42).

**Atención del parto:** “Persona que asistió a la madre en el parto de un nacido vivo o de un nacido muerto (feto). Los datos se captan, según haya sido asistida por: médico, enfermera, matrona u otra persona”(71).

**Eclampsia:** “Crisis convulsiva y/o coma durante el embarazo, parto o puerperio en el contexto de un Síndrome Hipertensivo del Embarazo (72). “La eclampsia es una complicación obstétrica de extrema gravedad y alta mortalidad materna y fetal” (42).

**Edema:** En un síntoma que se localiza en los miembros inferiores. “El edema fisiológico del embarazo se explica principalmente por razones mecánicas (dificultad al retorno venoso de extremidades inferiores), pero también por la retención hídrica, aumento de la permeabilidad vascular y disminución de la presión osmótica del plasma” (73).

**Fecundidad:** “Se utiliza este término para designar una procreación real. En términos más amplios, se emplea para señalar, en sus aspectos cuantitativos, los fenómenos directamente relacionados con la procreación humana, considerada en el seno de una población” (71).

**Fertilidad:** “La capacidad fisiológica de una mujer, hombre o pareja para procrear un hijo vivo” (71).

**Hipertensión crónica:** “Es cuando se constata hipertensión fuera del embarazo o en las primeras 20 semanas del embarazo” (42).

**Hipertensión gestacional:** “(Hipertensión transitoria o inducida por el embarazo), se trata de una hipertensión que se diagnostica por primera vez luego de las 20 semanas de gestación, sin proteinuria. La presión vuelve a la normalidad antes de las 6 semanas del parto” (42).

**Muerte materna tardía:** “La muerte de una mujer embarazada por causas obstétricas directas o indirectas, más de 42 días, pero menos de un año terminado el embarazo”(17)

**Muertes obstétricas indirectas:** “(...) que resultan de enfermedades previamente existentes o de enfermedades que se desarrollaron durante el embarazo y que no se debieron a causas obstétricas directas, sino que se agravaron por los efectos fisiológicos del embarazo” (17)

**Muertes por causa materna:** “las muertes de una mujer mientras está embarazada o entre los 42 días terminado el embarazo, independiente de la duración y el lugar del embarazo, por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo o su manejo, pero no por causas accidentales o incidentales”(17)

**Nacido vivo:** Es la expulsión o la extracción completa desde el cuerpo de la madre de un producto de la concepción que, después de esta separación, respire o manifieste cualquier otro signo de vida, tal como palpitación del corazón, pulsación del cordón umbilical o contracción efectiva de algún músculo voluntario, haya o no sido cortado el cordón umbilical, y esté o no unida la placenta, independientemente de la duración del embarazo. Todo producto de tal nacimiento es considerado como nacido ‘vivo’” (71).

**Nacidos vivos corregidos:** “Son los nacidos vivos observados que se someten a diferentes metodologías técnicas (como de Gutiérrez, de Brass, de las Inscripciones tardías, etc.) que permiten suavizar su comportamiento y ajustarlos a patrones lógicos” (71).

**Número de hijos nacidos vivos:** “Se refiere al número total de hijos nacidos vivos que haya tenido la madre hasta el momento en que está registrando su último hijo” (71).

**Parto distócico vaginal:** “Es cualquier anomalía en el mecanismo del parto que interfiera con la evolución fisiológica del mismo”(41)

**Parto normal:** “Conjunto de fenómenos fisiológicos que determinan y acompañan la expulsión del feto y de los anexos ovulares desde la cavidad uterina al exterior a través del canal del parto” (74).

**Parto por cesárea:** “Corresponde a la extracción del feto, placenta y membranas a través de una incisión en la pared abdominal (laparotomía) y uterina (histerotomía)” (73).

**Pre-eclampsia:** “Se trata de un estado hipertensivo que se diagnostica luego de las 20 semanas del embarazo, se acompaña de proteinuria y revierte en los días sucesivos al parto” (42).

**Pre-eclampsia:** “Sobreimpuesta a hipertensión crónica, sobre un proceso hipertensivo crónico, aumentan las cifras de presión arterial y se instala una proteinuria que desaparece con la finalización del embarazo” (42).

**Proteinuria:** Es uno de los síntomas de las pre-eclampsia, “definida como la excreción urinaria  $\geq 300$  mg de proteínas en 24 horas” (73).

**Puerperio:** “Periodo que comprende desde el alumbramiento hasta la normalización de los cambios fisiológicos producidos durante el embarazo, que aproximadamente ocurre a las 6 semanas (42 días)” (72).

**Sepsis pueral:** Es la sepsis provocada durante el periodo puerperal, “la operación cesárea, el parto prolongado, el parto obstruido, la rotura prematura de membranas, el exceso de tactos vaginales, la atención del parto en condiciones de higiene deficientes, son factores de riesgo”(74). El lavado vaginal es una práctica que puede reducir la sepsis.

**Sepsis:** “Es la respuesta sistémica a la infección” (72).

**Tasa de mortalidad materna:** “Número de muertes maternas durante un periodo determinado de tiempo por 100.000 nacidos vivos durante el mismo período de tiempo”(17)

**Tasa específica de fecundidad por edad:** “corresponde al cociente entre el número de nacidos vivos de madres según grupos de edad y el total de población femenina correspondiente al grupo de edad; tasa expresada por 1.000 mujeres”(55)

**Tasa global de fecundidad (TGF):** “es el número promedio de hijas e hijos que nacerían de una mujer de una cohorte hipotética de mujeres que durante su vida fértil tuvieran sus hijos de acuerdo a las tasas de fecundidad por edad (15 a 49 años) de un determinado período de estudio y no estuvieran expuestas a riesgos de mortalidad desde el nacimiento hasta el término del período fértil” (54)

## BIBLIOGRAFÍA

---

1. Organización Mundial de la Salud. La salud y los Objetivos de Desarrollo del Milenio. 2015.
2. Naciones Unidas, CEPAL. Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible: una oportunidad para América Latina y el Caribe. Nac Unidas. 2016;Mayo:50.
3. Organización Mundial de la Salud. Evolución de la mortalidad materna : 1990-2015. 2015;16.
4. Zárate MS (compiladora). Por la salud del cuerpo. Historia y políticas sanitarias en Chile. Ediciones Universidad Alberto Hurtado.; 2008.
5. Ministerio de Salud. Estrategia nacional de salud para el cumplimiento de los objetivos sanitarios de la década 2011-2020. 2011.
6. Zárate MS. Parto, crianza y pobreza en Chile. Historia de la vida privada en Chile. Santiago. 3rd ed. Sagredo R, Gazmuri C, editors. Taurus; 2007. 13–47 p.
7. Szot Meza J. Reseña De La Salud Publica Materno-Infantil Chilena Durante Los Ultimos 40 Años: 1960-2000. Rev Chil Obstet Ginecol. 2009;67(2).
8. Caneo LF. Rescate de las memorias colectivas de las beneficiarias en torno a las Políticas de Planificación Familiar en Chile (1965-1973) [Internet]. 2013. Available from: <http://repositorio.uahurtado.cl/bitstream/handle/11242/6240/LHISTCaneo.pdf?sequence=1>
9. Rojas C. Historia de la política de planificación familiar en Chile: un caso paradigmático. Debate Fem. 2016;10(septiembre 1994):185–214.
10. Ministerio de Salud. Política Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva. 2018.
11. Milos P. Chile 1971. El primer año de gobierno de la Unidad Popular. Ediciones Universidad Alberto Hurtado; 2013.
12. Observatorio Chileno de Salud Pública. Organización y estructura del sistema de salud [Internet]. 2019. Available from: <http://www.ochisap.cl/index.php/organizacion-y-estructura-del-sistema-de-salud/desarrollo-historico-del-sistema-de-salud>
13. Ministerio de Salud. Programa de salud materna y perinatal. Santiago de Chile; 1991. p. 90.
14. Ministerio de Salud. Programa salud de la mujer 1997. 1997. p. 170.
15. Bedregal P, Torres A, Carvallo C. Chile Crece Contigo : el Desafío de la Protección Social a la Infancia . Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo - Chile Área

- de Reducción de la Pobreza y la Desigualdad; 2015. p. 46.
16. Ministerio de Salud. Los Objetivos Sanitarios para la Década 2000-2010. 2002.
  17. WHO, UNICEF. Trends in Maternal Mortality : 1990 to 2010. World Heal Organ [Internet]. 2010;32(5):1–55. Available from: [http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241500265\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241500265_eng.pdf)
  18. Donoso E. Tras el cumplimiento del 5 ° Objetivo del Milenio : mortalidad materna en Chile , 2012. Rev Chil Obs. 2015;80(1):7–11.
  19. Departamento de Estadísticas e Información de Salud. Serie defunciones 2000-2016: Defunciones y Razón de Mortalidad Materna [Internet]. 2017. Available from: [http://www.deis.cl/wp-content/2017/gobCL-sitios-1.0/assets/SerieDefunciones\\_2000\\_2015.html](http://www.deis.cl/wp-content/2017/gobCL-sitios-1.0/assets/SerieDefunciones_2000_2015.html)
  20. Balestena JM, Serrano YP, Millán JR. La edad materna avanzada como elemento favorecedor de complicaciones obstétricas y del nacimiento. Rev Ciencias Médicas [Internet]. 2015;19(5):789–802. Available from: <http://scielo.sld.cu/pdf/rpr/v19n5/rpr04515.pdf>
  21. Szot Meza J, Moreno C. Mortalidad por aborto en Chile: análisis epidemiológico. Rev Chil Obs [Internet]. 2003;68(4):309–14. Available from: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75262003000400007](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262003000400007)
  22. Donoso E, Carvajal J. El cambio del perfil epidemiológico de la mortalidad materna en Chile dificultará el cumplimiento del 5º objetivo del Milenio. RevMed Chile. 2015;140:1253–62.
  23. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. CIE-10: Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. 2015. 671–712 p.
  24. Say L, Chou D, Gemmill A, Tunçalp Ö, Moller A, Daniels J, et al. Global causes of maternal death : a WHO systematic analysis. Lncet Glob Heal [Internet]. 2006;323–33. Available from: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S2214-109X%2814%2970227-X>
  25. Nair M, Nelson-piercy C, Knight M. Indirect maternal deaths : UK and global perspectives. Obstet Med. 2017;10(1):10–5.
  26. Antonio M, León D De, Carlos J, Garduño B. La muerte materna indirecta en ocasiones puede ser directa o un incidente adverso. Rev la Asoc Mezicana Med [Internet]. 2014;XXVIII(2):95–9. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medcri/ti-2014/ti142f.pdf>
  27. Donoso E. Muerte materna en Chile por eclampsia. Rev Chil Obstet Ginecol. 2010;75(5):281–3.

28. Sliwa K, Anthony J. Late maternal deaths : a neglected responsibility. *Lancet* [Internet]. 2016;387(10033):2072–3. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30391-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30391-9)
29. Resourcher JE, Kodio B, Traori S. Assessment of maternal mortality and late maternal mortality among a cohort of pregnant women in. *Br J Obstet Gynaecol.* 1999;106(January):60–5.
30. Oates M. the Confidential the Confidential Enquiries Into Maternal Enquiries Into Maternal Deaths Deaths. *Br J Psychiatry.* 1997;138(4):279–81.
31. Donoso E, Vera C. Mayor mortalidad materna por aborto en Cuba que en Chile, 2000-2015. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2018;83(3):240–9.
32. Global Health Observatoy. Datos de defunciones maternas por región de la OMS [Internet]. Available from: <http://apps.who.int/gho/data/view.main.GSWCAH01REG?lang=en>
33. Global Health Observatoy. Indicator Metadata Registry. Maternal mortality ratio (per 100 000 live births). [Internet]. Available from: <http://apps.who.int/gho/data/node.wrapper.imr?x-id=26>
34. Global Health Observatoy. Indicator Metadata Registry. Maternal Deaths [Internet]. Available from: <http://apps.who.int/gho/data/node.wrapper.imr?x-id=4622>
35. Observatoy GH. Datos de defunciones maternas por país [Internet]. 2015. Available from: <http://apps.who.int/gho/data/view.main.GSWCAH01v?lang=en>
36. World Bank Group. PIB per cápita (US\$ precios actuales) [Internet]. Available from: [https://datos.bancomundial.org/indicador/NY.GDP.PCAP.CD?end=2016&name\\_desc=false&start=1960&type=shaded&view=map&year=2015](https://datos.bancomundial.org/indicador/NY.GDP.PCAP.CD?end=2016&name_desc=false&start=1960&type=shaded&view=map&year=2015)
37. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Mortalidad materna: el parto en buenas manos. 2004;(page 4):1–31.
38. CEPAL. Estadísticas e indicadores sociales. Salud. Proporción de partos con asistencia de personal de salud capacitado [Internet]. 2018. Available from: [https://estadisticas.cepal.org/cepalstat/tabulador/ConsultaIntegradaProc\\_HTML.asp](https://estadisticas.cepal.org/cepalstat/tabulador/ConsultaIntegradaProc_HTML.asp)
39. CEPAL. Estadísticas e indicadores sociales. Salud. Proporción de partos con asistencia de personal de salud capacitado. Ficha técnica. [Internet]. 2018. Available from: [https://estadisticas.cepal.org/cepalstat/tabulador/SisGen\\_MuestraFicha\\_puntual.asp?id\\_aplicacion=1&id\\_estudio=4&indicador=177&idioma=e](https://estadisticas.cepal.org/cepalstat/tabulador/SisGen_MuestraFicha_puntual.asp?id_aplicacion=1&id_estudio=4&indicador=177&idioma=e)
40. Organización Mundial de la Salud, Blázquez MJ (traducción). Recomendaciones de la OMS sobre el Nacimiento Declaración de Fortaleza 1985 Organización Mundial de la Salud. 2003;

41. Salinas H, Naranjo B, Pastén J, Retamales B. Estado de la cesárea en Chile. Riesgos y beneficios asociados a esta intervención. Rev Hosp Clínico Univ Chile [Internet]. 2007;(1):168–78. Available from: [https://www.redclinica.cl/portals/0/users/014/14/14/publicaciones/revista/estado\\_cesarea\\_en\\_chile.pdf](https://www.redclinica.cl/portals/0/users/014/14/14/publicaciones/revista/estado_cesarea_en_chile.pdf)
42. Ministerio de Salud. Guía Perinatal. 1° edición. Santiago de Chile; 2015. 466 p.
43. Departamento de Estadísticas e Información de Salud. Resúmenes Estadísticos Mensuales DEIS. 2018; Available from: <http://www.deis.cl/resumenes-estadisticos-mensuales-deis/>
44. Dides C. Aportes al debate sobre el aborto en Chile: Derechos, Género y Bioética. Acta Bioeth [Internet]. 2006;12(2):219–29. Available from: [https://www.redclinica.cl/portals/0/users/014/14/14/publicaciones/revista/estado\\_cesarea\\_en\\_chile.pdf](https://www.redclinica.cl/portals/0/users/014/14/14/publicaciones/revista/estado_cesarea_en_chile.pdf)
45. World Health Organization. Preconception Care to Reduce Maternal and Childhood Mortality and Morbidity. 2012.
46. Navas N, Castillo F, Campos A. Caracterización del riesgo preconcepcional. Rev Arch Médico Camagüey [Internet]. 2006;10(2):64–72. Available from: <http://scielo.sld.cu/pdf/amc/v10n2/amc070206.pdf>
47. Lugones M. Atención preconcepcional como estrategia básica para prevenir y disminuir la mortalidad materno-infantil. Rev Cuba Obstet y Ginecol. 2016;42(1).
48. Nacimientos [Internet]. 2019. Available from: [http://www.deis.cl/wp-content/uploads/2011/05/SerieNacimientos\\_2000\\_2015.html](http://www.deis.cl/wp-content/uploads/2011/05/SerieNacimientos_2000_2015.html)
49. Chile Crece Contigo. Período de gestación: controles prenatales [Internet]. 2019. Available from: <http://www.crececontigo.gob.cl/tema/controles-prenatales/>
50. Martín S, Emilia M, Paula M, Obstétricas L, Pécora A, Emilia M, et al. CONTROL PRENATAL TARDÍO : ¿ BARRERAS EN EL SISTEMA DE SALUD ? Rev del Hosp Matern Infant Ramón Sardá. 2008;27(3):114–9.
51. Sánchez-Nucio H, Pérez-Toga G, Pérez-Rodríguez P, Vázquez-Nava F. Impacto del control prenatal en la morbilidad y mortalidad neonatal. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2005;43(5):377–80.
52. Dides C, Fernández C. Salud Sexual Salud Reproductiva y Derechos Humanos en Chile [Internet]. 2016. 172 p. Available from: [http://www.mileschile.cl/documentos/Informe\\_DDSSRR\\_2016\\_Miles.pdf](http://www.mileschile.cl/documentos/Informe_DDSSRR_2016_Miles.pdf)
53. Naciones Unidas. Informe de Ejecución del Programa e Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo 1994-2009 [Internet]. 1995. Available from: <http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/Resource/205/1/images/Cap0>

3.pdf

54. Departamento de Estadísticas e Información de Salud. Nacimientos: Tasa global de fecundidad [Internet]. 2019. Available from: [http://www.deis.cl/wp-content/uploads/2011/05/SerieNacimientos\\_2000\\_2015.html](http://www.deis.cl/wp-content/uploads/2011/05/SerieNacimientos_2000_2015.html)
55. Departamento de Estadísticas e Información de Salud. Nacimientos: Tasa Específica de Fecundidad [Internet]. 2019. Available from: [http://www.deis.cl/wp-content/uploads/2011/05/SerieNacimientos\\_2000\\_2015.html](http://www.deis.cl/wp-content/uploads/2011/05/SerieNacimientos_2000_2015.html)
56. Szot Meza J. La transición demográfico-Epidemiológica en Chile, 1960-2001. *Rev Esp Salud Pública* [Internet]. 2003;77(5):605–13. Available from: <https://www.scielosp.org/pdf/resp/2003.v77n5/605-613/es>
57. Schneider SV. Panorama demográfico en Chile contemporáneo : desafíos para la sociedad del siglo XXI Gustavo Villalón Cárdenas y Sergio Vera Schneider. *Rev An.* 2012;7(3):35–63.
58. Organización Mundial de la Salud. Planificación Familiar [Internet]. 2018. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception>
59. Planned Parenthood. DIU [Internet]. 2019. Available from: <https://www.plannedparenthood.org/es/temas-de-salud/anticonceptivos/dispositivo-intrauterino-diu>
60. Naciones Unidas, Gobierno de Chile. Objetivos de desarrollo del Milenio. Tercer informe del Gobierno de Chile. *Nac Unidas* [Internet]. 2015;56. Available from: <http://www.un.org/es/millenniumgoals/>
61. Aedo S, Barquín C, Mazzei M, Lattus J, Varas J, Cano F, et al. Transición epidemiológica de la mortalidad materna. *Rev Obs ginecológica* [Internet]. 2010;5(1):9–16. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26208186>
62. Chaves S da C, Cecatti JG, Carroli G, Lumbiganon P, Hogue CJ, Mori R, et al. Obstetric transition in the World Health Organization Multicountry Survey on Maternal and Newborn Health: exploring pathways for maternal mortality reduction. *Rev Panam Salud Publica* [Internet]. 2015;37(4–5):203–10. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26208186>
63. Souza J, Tunçalp Ö, Vogel J, Bohren M, Widmer M, Oladapo O, et al. Obstetric transition: the pathway towards ending preventable maternal deaths. *BJOG An Int J Obstet Gynaecol.* 2014;121:1–4.
64. García-Balaguera C. Barreras de acceso y calidad en el control prenatal. *Rev la Fac Med* [Internet]. 2017;65(2):305–10. Available from: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revfacmed/article/view/59704>
65. Munares-García O. Factores asociados al abandono al control prenatal en un

hospital del Ministerio de Salud Perú. Rev Peru Epidemiología [Internet]. 2013;17(2):1–8. Available from: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revfacmed/article/view/59704>

66. Tatiana P, Mejía R, César J, Solarte M, Gómez FA, Alberto J, et al. Factores de servicios de salud y satisfacción de usuarias asociados al acceso al control prenatal. Rev Hacia la Promoción la Salud. 2014;19(1):84–99.
67. CLAP, Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Plan de acción para acelerar la reducción de la mortalidad materna y la morbilidad materna grave. In Washington, D.C., EUA; 2011. p. 105. Available from: <https://www.who.int/es>
68. González P R, Koch C E, Poblete L JA, Vera P C, Muñoz S H, Carroli G, et al. Consenso salud materna para Chile en el nuevo milenio. Rev Chil Obstet Ginecol. 2013;78(2):142–7.
69. Villanueva-egan LA, Schiavon-ermani R. Intervenciones latinoamericanas basadas en evidencia para reducir la mortalidad materna. CONAMED. 2013;18:21–30.
70. Bathala S. Delivering Solutions to improve maternal Health and increase access to family planning. Wilson Cent. 2013;(January):1–4.
71. Instituto Nacional de Estadísticas. Estadísticas Vitales. Informe Anual 2016. 2018. 336 p.
72. Ministerio de Salud. Norma General Técnica para la Atención Integral en el Puerperio [Internet]. 2015. 1–297 p. Available from: [http://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/10/NORMA-TECNICA-PARA-LA-ATENCION-INTEGRAL-EN-EL-PUERPERIO\\_web.-08.10.2015-R.pdf](http://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/10/NORMA-TECNICA-PARA-LA-ATENCION-INTEGRAL-EN-EL-PUERPERIO_web.-08.10.2015-R.pdf)
73. Carvajal J, Ralph C. Manual de Obstetricia y Ginecología VIII edición [Internet]. Santiago de Chile; 2017. 1–624 p. Available from: <https://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2018/04/Manual-Obstetricia-Ginecologia-2017.pdf>
74. Pérez A, Donoso E. Obstetricia. IV. Santiago de Chile: Editorial Mediterráneo; 1992. 1330 p.

## ANEXOS

Anexo 1. Defunciones y Mortalidad en el embarazo, parto o puerperio, según grupo de causas. Chile, 2000 a 2016.

**Tabla 2. Defunciones y Mortalidad<sup>a</sup> en el embarazo, parto o puerperio, según grupo de causas. Chile, 2000 a 2016**

GRUPO		Total general	000-007	010-016	020.-; 046.-; 067.-; 072.-	021-026; 029-045; 047-048; 060-066; 068-071; 073-075	085.-; 086.-; 091.-	087-090; 092.-	095.-	096.-; 097	098.-; 099.-
<b>Total</b>		<b>800</b>	<b>93</b>	<b>164</b>	<b>31</b>	<b>104</b>	<b>28</b>	<b>43</b>	<b>10</b>	<b>107</b>	<b>218</b>
<b>2000</b>	Defunciones	<b>49</b>	13	12	3	8	1	4	0	0	8
	Tasa	<b>18,7</b>	5,0	4,6	1,1	3,1	0,4	1,5	0,0	0,0	3,1
<b>2001</b>	Defunciones	<b>45</b>	4	15	1	6	4	3	1	0	11
	Tasa	<b>17,4</b>	1,5	5,8	0,4	2,3	1,5	1,2	0,4	0,0	4,2
<b>2002</b>	Defunciones	<b>43</b>	7	13	2	5	4	3	0	0	9
	Tasa	<b>17,1</b>	2,8	5,2	0,8	2,0	1,6	1,2	0,0	0,0	3,6
<b>2003</b>	Defunciones	<b>30</b>	5	4	1	10	3	0	0	0	7
	Tasa	<b>12,2</b>	2,0	1,6	0,4	4,1	1,2	0,0	0,0	0,0	2,8
<b>2004</b>	Defunciones	<b>42</b>	4	8	3	7	0	4	0	0	16
	Tasa	<b>17,3</b>	1,6	3,3	1,2	2,9	0,0	1,6	0,0	0,0	6,6
<b>2005</b>	Defunciones	<b>48</b>	7	10	4	3	2	1	1	3	17
	Tasa	<b>19,8</b>	2,9	4,1	1,6	1,2	0,8	0,4	0,4	1,2	7,0
<b>2006</b>	Defunciones	<b>47</b>	7	12	2	4	0	4	0	0	18
	Tasa	<b>19,3</b>	2,9	4,9	0,8	1,6	0,0	1,6	0,0	0,0	7,4
<b>2007</b>	Defunciones	<b>44</b>	4	9	2	9	1	5	2	0	12
	Tasa	<b>18,2</b>	1,7	3,7	0,8	3,7	0,4	2,1	0,8	0,0	5,0
<b>2008</b>	Defunciones	<b>41</b>	5	11	1	8	0	5	0	0	11
	Tasa	<b>16,5</b>	2,0	4,4	0,4	3,2	0,0	2,0	0,0	0,0	4,4
<b>2009</b>	Defunciones	<b>50</b>	3	11	2	8	4	2	1	0	19
	Tasa	<b>19,7</b>	1,2	4,3	0,8	3,2	1,6	0,8	0,4	0,0	7,5
<b>2010</b>	Defunciones	<b>46</b>	6	7	3	6	4	2	1	1	16
	Tasa	<b>18,3</b>	2,4	2,8	1,2	2,4	1,6	0,8	0,4	0,4	6,4
<b>2011</b>	Defunciones	<b>46</b>	8	14	1	2	0	3	0	6	12
	Tasa	<b>18,5</b>	3,2	5,6	0,4	0,8	0,0	1,2	0,0	2,4	4,8
<b>2012</b>	Defunciones	<b>54</b>	4	10	2	6	2	0	2	12	16

<b>2013</b>	Tasa	<b>22,1</b>	1,6	4,1	0,8	2,5	0,8	0,0	0,8	4,9	6,6
	Defunciones	<b>52</b>	2	11	2	3	2	0	1	15	16
<b>2014</b>	Tasa	<b>21,4</b>	0,8	4,5	0,8	1,2	0,8	0,0	0,4	6,2	6,6
	Defunciones	<b>56</b>	4	5	1	7	1	0	0	22	14
<b>2015</b>	Tasa	<b>22,2</b>	1,6	2,0	0,4	2,8	0,4	0,0	0,0	8,7	5,6
	Defunciones	<b>56</b>	9	4	1	8	0	3	1	18	12
<b>2016</b>	Tasa	<b>22,8</b>	3,7	1,6	0,4	3,3	0,0	1,2	0,4	7,3	4,9
	Defunciones	<b>51</b>	1	8	0	4	0	4	0	30	4
	Tasa	<b>21,9</b>	0,4	3,4	0,0	1,7	0,0	1,7	0,0	12,9	1,7

Fuente: Datos Series de Defunciones en DEIS-MINSAL (19)

a. Tasa observada por cada 100.000 nacidos vivos

Anexo 2. Países seleccionados según región y PIB per cápita (en dólares) para el año 2015.

Países seleccionados según región y PIB per cápita (en dólares), 2015		
Región	País	PIB per cápita (en dólares)
<b>África</b>	Sudáfrica	5.742,99
	Sudán del Sur	917,921
<b>Américas</b>	Estados Unidos de América	56.803,47
	Uruguay	15.524,84
	Cuba	7.602,28
	Bolivia (Estado plurinacional de)	3.077,03
<b>Asia sudoriental</b>	Singapur	54.940,86
	Indonesia	3.334,55
<b>Europa</b>	Noruega	74.521,57
	Ucrania	2.124,66
<b>Mediterráneo Oriental</b>	Israel	35.855,28
	Afganistán	590,076
<b>Pacífico Occidental</b>	Australia	56.644,03
	Vietnam	2.065,17

Fuente: PIB per cápita (US\$ a precios actuales) en DataBank del Banco Mundial (36).

Anexo 3. Controles prenatales según profesional de la salud, Chile 2000-2016.

<b>Tabla 7. Controles prenatales según profesional de la salud<sup>a</sup>, Chile 2000-2016</b>			
<b>Año</b>	<b>Médico/a</b>	<b>Matrón/a</b>	<b>Total</b>
2000			
2001		1.431.167	1.431.167
2002			
2003			
2004			
2005		1.276.506	1.276.506
2006		1.258.887	1.258.887
2007			
2008			
2009	51.456	1.234.509	1.285.965
2010			1.276.351
2011			1.243.556
2012	34.105	1.163.449	1.197.554
2013	32.476	1.149.534	1.182.010
2014	30.270	1.145.847	1.176.117
2015	29.379	1.127.286	1.156.665
2016	25.167	1.038.107	1.063.274

Fuente: Datos de Resúmenes Estadísticos Mensuales (REM) de Atenciones de la Red Asistencial Pública en DEIS (43).

a. Atenciones realizadas en el marco del Programa de Mujer en todos los SNSS.

\*Solo por matrón/a

\*\* Solo total de atenciones entre médico y matrón/a.