

POBLACIÓN Y DESARROLLO

Mortalidad materna en pueblos indígenas y fuentes de datos

Alcances y desafíos para su medición
en países de América Latina

Lina Márquez
Amalia Plana
María Cecilia Villarroel



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud

OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas



POBLACIÓN Y DESARROLLO

Mortalidad materna en pueblos indígenas y fuentes de datos

Alcances y desafíos para su medición
en países de América Latina

Lina Márquez
Amalia Plana
María Cecilia Villarroel



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud

OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas



Este documento fue elaborado por Lina Márquez, Amalia Plana y María Cecilia Villarroel, Consultoras del Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE)-División de Población de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), bajo la supervisión técnica de Fabiana Del Popolo, Oficial de Asuntos de Población, y Magda Ruiz, Asesora Regional en Demografía e Información, ambas de la misma División, en el marco de las actividades del Programa Regional de Trabajo de la CEPAL y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA).

Las opiniones expresadas en este documento, que no ha sido sometido a revisión editorial, son de exclusiva responsabilidad de las autoras y pueden no coincidir con las de la Organización.

Publicación de las Naciones Unidas

ISSN 1680-9009 (versión electrónica)

ISSN 1680-8991 (versión impresa)

LC/TS.2017/68

Distribución: Limitada

Copyright © Naciones Unidas, agosto de 2017. Todos los derechos reservados

Impreso en Naciones Unidas, Santiago

S.17-00558

La autorización para reproducir total o parcialmente esta obra debe solicitarse a la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), División de Publicaciones y Servicios Web, publicaciones@cepal.org. Los Estados Miembros de las Naciones Unidas y sus instituciones gubernamentales pueden reproducir esta obra sin autorización previa. Solo se les solicita que mencionen la fuente e informen a la CEPAL de tal reproducción.

Índice

Resumen	5
Introducción	7
I. Las fuentes y los métodos para la estimación de la mortalidad materna indígena	11
A. Las encuestas	13
B. Los censos	14
C. Las estadísticas vitales y los sistemas de registro	15
II. El balance de la región en cuanto a las fuentes de datos para estimar la mortalidad materna indígena	21
III. La mortalidad materna en poblaciones indígenas: ¿qué revelan las fuentes?	27
IV. Principales hallazgos y recomendaciones	31
Bibliografía	33
Anexos	35
Anexo 1 América Latina: resumen de información sobre preguntas utilizadas en las encuestas para estimar mortalidad materna indígena en países que habitualmente realizan Encuestas de Demografía y Salud	36
Anexo 2 América Latina: resumen de información de defunciones en el hogar y autoidentificación étnica, últimos censos.....	40
Anexo 3 América Latina: resumen de información de defunciones femeninas con antecedente obstétrico e identificación étnica de nacidos vivos en las estadísticas vitales.....	44
Anexo 4 Glosario.....	47
Serie Población y Desarrollo: números publicados	48

Cuadros

Cuadro 1	América Latina (4 países): cantidad y distribución relativa de personas indígenas residentes en territorios indígenas y fuera de ellos, circa 2010	12
Cuadro 2	América Latina: países agrupados según rangos de porcentaje de cobertura de las defunciones informadas en las estadísticas vitales, con relación a las estimadas en las proyecciones de población, 1950-2015	18
Cuadro 3	América Latina: países agrupados según rangos de porcentaje de cobertura de los nacimientos informados en las estadísticas vitales, con relación a los estimados en las proyecciones de población, 1950-2015	18
Cuadro 4	América Latina: balance de las fuentes de datos para la estimación de la mortalidad materna indígena	22
Cuadro 5	América Latina: balance de los métodos para la estimación de la mortalidad materna indígena a partir de encuestas, censos y estadísticas vitales	25

Gráficos

Gráfico 1	Guatemala: defunciones, 1955-2015	16
Gráfico 2	Ecuador: nacimientos, 1954-2015	17
Gráfico 3	Colombia: razón de mortalidad materna, 2008-2014	28
Gráfico 4	Ecuador: razón de mortalidad materna, 2009-2014.....	29

Recuadro

Recuadro 1	La mortalidad materna, un asunto prioritario en la región	8
------------	---	---

Resumen

La mortalidad materna permanece en niveles inaceptablemente altos en varios países de América Latina y el Caribe y, en consecuencia, no en todos se alcanzó la meta 5A de los Objetivos de Desarrollo del Milenio: “Reducir un 75% la razón de mortalidad materna entre 1990 y 2015”. A tal punto que los Objetivos de Desarrollo Sostenible consideran la reducción de la mortalidad materna en una de las metas del objetivo 3, referente a salud y bienestar. En este sentido, mejorar la salud materna, y en especial de mujeres indígenas, sigue siendo un desafío para la región. Dado que los estudios realizados en el tema resultan insuficientes y poco generalizados, este documento hace una exploración de las fuentes de datos y metodologías empleadas para la estimación de la mortalidad materna indígena en los países de la región.

Este informe está organizado en cinco partes. Primero se presenta una introducción al tema de la mortalidad materna en general y de la mortalidad materna indígena en particular. En el primer capítulo se estudian las fuentes de información y métodos que pueden utilizarse en la estimación de la razón de mortalidad materna indígena. En el segundo capítulo se hace una síntesis de la información disponible en las fuentes nacionales de la región para la estimación de la mortalidad materna indígena, tomando en cuenta las encuestas, los censos y las estadísticas vitales. En el tercer capítulo se expone lo que revelan las fuentes de información en lo que a mortalidad materna indígena respecta, presentándose ejemplos de las estimaciones obtenidas a partir de la información disponible en las diversas fuentes existentes para algunos de los países de la región. Finalmente, en el último capítulo se apuntan los principales hallazgos resultantes del trabajo, además de algunas recomendaciones con miras al mejoramiento de la producción de datos en esta materia.

Introducción

De acuerdo con cifras de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la razón de mortalidad materna (RMM) en América Latina en el año 2015 se estimó en alrededor de 60 defunciones maternas por cada cien mil nacimientos, representando una reducción de 52% durante el período 1990-2015 (WHO, 2015). Sin embargo, si bien se han presentado reducciones importantes en la RMM aún persiste una alta heterogeneidad entre países y al interior de los mismos (CELADE, 2015).

Como parte de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, mejorar la salud materna sigue siendo un reto importante para la región, como consecuencia de que en varios países todavía la mortalidad materna continúa en niveles altos. El análisis de la mortalidad materna especialmente en los pueblos indígenas es un tema aún más preocupante. Al respecto, diferentes organismos de las Naciones Unidas han expresado su preocupación por los niveles de morbimortalidad más desfavorables de este grupo, con un daño acumulativo y más intenso, en particular se han señalado la mortalidad materna e infantil, el embarazo no deseado y los abusos sexuales derivados de la violencia estructural, entre otros (CELADE, 2014a).

La Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) y la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) han identificado a los grupos étnicos/raciales como aquellos que están entre las situaciones más desfavorables respecto a sus condiciones de vida, y en particular de salud. Asimismo, se considera que el no contar con la variable de identificación indígena en los datos básicos de salud constituye una falencia importante que limita el diseño de programas y políticas de salud pertinentes. Al respecto existen varios estudios e informes (Del Popolo, 2008; CELADE, 2014a y 2014b; CELADE, OPS y UNFPA, 2013) que han buscado dar cuenta de la importancia de incluir el enfoque étnico en las estadísticas.

Recuadro 1 La mortalidad materna, un asunto prioritario en la región

“Paradójicamente, pese al reconocimiento de la urgencia [de reducir la mortalidad materna expresada en los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM)], esta fue una meta difícil de evaluar, ya que la mayoría de los países presentan serias limitaciones en las estadísticas vitales y más aún en la declaración de las causas de muerte. Además, no se dispone de datos sistemáticos para las mujeres indígenas. Sin embargo, algunas aproximaciones desde un enfoque territorial muestran una sobremortalidad alarmante en desmedro de ellas.

En México, por ejemplo, se constata que en los municipios predominantemente indígenas con alto y muy alto índice de marginación y aislamiento geográfico-social, el riesgo de muerte materna indígena es hasta nueve veces mayor que en los municipios mejor comunicados [...]. En Panamá, en tanto, se estimaba una razón de mortalidad materna de 71 defunciones por cada 100.000 nacimientos en 2008, mientras que en la Comarca Ngöbe-Buglé llegaba a las 344 muertes maternas por cada 100.000 nacimientos. Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en Honduras, específicamente en los departamentos que concentran la mayor población indígena (Colón, Copán, Intibuca, Lempira y La Paz), la razón de mortalidad materna oscilaba en 2004 entre 190 y 255 defunciones por cada 100.000 nacidos vivos, mientras que el promedio nacional era de 147.

El informe anual 2011 que presentó al Congreso la Procuraduría de los Derechos Humanos (PDH) de Guatemala indica que ‘mientras las madres mayas mueren a razón de 211 por cada 100.000 nacidos vivos, entre las no indígenas el indicador es de 70 por 100 mil’. En el Perú, la razón de muertes maternas en 2009 fue de 103 por cada 100.000 nacimientos; en 2011, según datos del Ministerio de Salud, en el departamento de Puno (con población predominantemente Aymara y Quechua) la mortalidad materna se incrementó en un 47%. Además, en casi todos los departamentos con población indígena amazónica, excepto Ucayali y San Martín, las cifras se encuentran por encima del promedio nacional. Los cinco departamentos del Perú que concentran el mayor número de muertes maternas notificadas en 2010 (Cajamarca, Puno, La Libertad, Loreto y Piura) evidencian también poco avance en el acceso a métodos modernos de planificación familiar.

En estas enormes desigualdades intervienen diversos factores relativos a la salud pública y la justicia social, que se asocian con la pobreza, la exclusión y la marginación de las mujeres y los pueblos indígenas”.

Fuente: CELADE (2013a), “Mujeres indígenas en América Latina. Dinámicas demográficas y sociales en el marco de los derechos humanos”. Santiago de Chile, 2013.

Aunque esta experiencia constituye un precedente valioso, en el caso específico de la medición de la mortalidad materna indígena, los estudios realizados son insuficientes y poco generalizados en los países de la región. Hay poca disponibilidad de información para la generación de un diagnóstico regional sobre las fuentes de datos demográficos y los resultados de los principales indicadores relacionados con dicha temática, lo cual afecta en la toma de decisiones tendientes a disminuir las muertes maternas en dicho grupo poblacional. Tal como señala uno de los estudios sobre mujeres indígenas de las Naciones Unidas:

“Uno de los problemas de salud más urgentes es la mortalidad materna, que compromete la salud y la vida de la madre, del recién nacido y de los otros hijos e hijas. Las limitaciones en la disponibilidad y calidad de información sobre mortalidad materna, un asunto tan prioritario de la salud reproductiva, son en general muy preocupantes, y más aún en el caso de las mujeres indígenas. Las cifras disponibles corresponden a estudios locales y específicos, sin sistematización temporal, y todos reflejan una sobremortalidad materna en desmedro de las mujeres indígenas. Dada la falta de información fidedigna, uno de los indicadores de consenso para el seguimiento de este flagelo es el tipo de atención del parto, por la relación que tiene en la prevención de la mortalidad materna” (CELADE, 2014a).

En este contexto, el estudio de la mortalidad materna de este grupo en particular es necesario y se fundamenta en el proceso de discusiones y recomendaciones internacionales que han hecho énfasis en la necesidad de identificar y documentar las dinámicas demográficas propias de los pueblos indígenas. El más reciente antecedente proviene del Consenso de Montevideo (CELADE, 2013b) donde los países de la región se comprometen a un conjunto de medidas prioritarias, entre ellas:

86) Considerar las dinámicas demográficas particulares de los pueblos indígenas en el diseño de las políticas públicas, poniendo especial atención a los pueblos indígenas amenazados de desaparición, los no contactados o en situación de aislamiento voluntario o de contacto inicial, respetando el derecho a la libre determinación;

87) Garantizar el derecho a la salud de los pueblos indígenas, incluidos los derechos sexuales y derechos reproductivos, así como el derecho a sus propias medicinas tradicionales y sus prácticas de salud, sobre todo en lo que se refiere a la reducción de la mortalidad materna e infantil, considerando sus especificidades socioterritoriales y culturales, así como los factores estructurales que dificultan el ejercicio de este derecho.

90) Garantizar el derecho a la comunicación e información de los pueblos indígenas, asegurando que las estadísticas nacionales respeten el principio de autoidentificación, así como la generación de conocimiento e información confiable y oportuna sobre los pueblos indígenas, a través de procesos participativos, atendiendo a sus requerimientos y a las recomendaciones internacionales relativas a estos asuntos.

Se une a ello, el creciente interés por parte de los pueblos indígenas de participar en los procesos de construcción de las estadísticas nacionales, lo cual ha permitido la incorporación del enfoque étnico en las fuentes de datos pertinentes en el ámbito de la salud de varios países, como Uruguay y Ecuador que modificaron los registros de nacimientos y defunciones considerando esta perspectiva.

El análisis de los problemas para la estimación de la mortalidad materna en la población indígena de América Latina permitirá identificar los desafíos para subsanar tal situación. Se reitera la importancia de contar con esta información de manera confiable y oportuna, base para la formulación de propuestas y recomendaciones que atiendan las desigualdades e inequidades que hacen desproporcionados sus efectos sobre esta población. La inclusión del enfoque diferencial en las políticas públicas de salud para la prevención y la atención de las enfermedades relacionadas con el embarazo, parto o puerperio es entonces un objetivo altamente deseable. En este sentido, se considera necesario introducir en los instrumentos de recolección de información demográfica variables que permitan captar las muertes relacionadas con el embarazo, el parto o el puerperio y la identificación étnica.

Para el estudio de la mortalidad materna indígena hay que centrarse primero en las fuentes de datos que recogen la información sobre las muertes maternas. Al respecto, el panorama en América Latina es muy variado, algunos países registran experiencias de varias décadas en cuanto a la inclusión de preguntas relacionadas con las defunciones de mujeres en edad fértil en sus cuestionarios censales, pero pocos las mantienen (generalmente lo hacen quienes cuentan con sistemas de estadísticas vitales y de registro deficientes).

Existen países que, por el contrario, basan sus estimaciones de mortalidad materna exclusivamente en sus registros, aunque en este caso, para contar con estimaciones confiables, influyen el grado de cobertura de los mismos, su calidad y el porcentaje de causas mal definidas. Vale la pena apuntar que, en términos generales, los sistemas de registro de la región han experimentado mejoras, principalmente en cuanto a cobertura. Algunos otros países complementan su información sobre mortalidad materna utilizando las Encuestas de Demografía y Salud, encuestas similares o algún otro tipo de metodología para subsanar la falta de bases empíricas.

En cuanto a la variable de pertenencia étnica, el documento de Del Popolo (2008) recomienda el criterio de la autoidentificación para hacer la cuantificación de la población indígena, sin embargo reconoce que la existencia de lazos ancestrales y territoriales, así como la vinculación con su lengua y las prácticas socioculturales pueden ser criterios complementarios que permitan operacionalizar su identificación. Por ejemplo Uruguay que incluyó el criterio de autoidentificación étnica en sus censos, considera la dimensión relacionada con los ancestros comunes en la formulación de la pregunta.

En los últimos años, son más los censos y encuestas demográficas llevadas a cabo en la región que han incluido la pregunta (o baterías de preguntas) para captar la pertenencia a grupos étnicos, la mayoría a partir del concepto de la autoidentificación. No obstante, los esfuerzos realizados en esta materia por parte

de los sistemas de registro civil y de estadísticas vitales han sido dispersos, y aún no cuentan con una unidad conceptual que permita su comparabilidad y amplia utilización en el diseño de políticas.

En consecuencia, si se quiere estimar la mortalidad materna en la población indígena, las exigencias a las fuentes de información demográfica aumentan. Por un lado, se requiere una especificación de la categoría correspondiente a la pertenencia étnica y, por otro, que se incluyan las preguntas, filtros y períodos de referencia necesarios para estimar los indicadores de mortalidad materna.

Con tal objeto, en los siguientes apartados se realiza una exploración de las fuentes de datos disponibles para la estimación de la mortalidad materna indígena en América Latina. Así, en el primer capítulo se describen las fuentes y metodologías utilizadas para la estimación de la mortalidad materna indígena, en el capítulo II se hace un análisis de la información y los métodos empleados para su estimación en América Latina, en el capítulo III se presentan ejemplos de estimación en base al último censo en Bolivia, y de las estadísticas vitales en Colombia y Ecuador. En el último capítulo, se sintetizan los principales hallazgos y recomendaciones.

I. Las fuentes y los métodos para la estimación de la mortalidad materna indígena

Hay consenso en que existe una dificultad intrínseca en la medición de la mortalidad materna (Hill y otros, 2009) relacionada con su poca frecuencia y/o la falta de declaración de estas muertes. En este sentido, los métodos para su estimación varían en función de los datos disponibles y la calidad de las fuentes de información existentes en cada país. En consecuencia, como se cuenta con diferentes metodologías que permiten la estimación de la mortalidad materna, de acuerdo con Hill y otros (2009), los siguientes factores deben ser considerados en la elección de un método:

“...la cobertura y calidad del registro civil, el contenido y el tamaño de la muestra de las encuestas de demografía y salud a nivel nacional, la proporción de nacimientos en instituciones de salud y la completitud y calidad de los sistemas de información en salud. Recientemente, ha sido mostrado mayor interés por el uso de los datos censales para medir la mortalidad materna” (Hill y otros, 2009).

El objetivo es identificar las fuentes de datos y los métodos que permiten estimar la razón de mortalidad materna (RMM), el indicador de mortalidad materna de más amplio uso, que se define como el número de muertes maternas por cada cien mil nacidos vivos. Una defunción materna se define como la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del embarazo, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención pero no por causas accidentales o incidentales¹. Por lo anterior, para su estimación es necesario contar con las cifras de defunciones maternas (en un rango de edad previamente definido) para el numerador y el número de nacidos vivos para el denominador.

Cabe resaltar que, sobre la base de datos de encuestas y censos, en estricto rigor lo que se estima es la “mortalidad relacionada con el embarazo, parto o puerperio”, ya que en ningún caso se hace una

¹ OPS-OMS: http://www2.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=5978%3A2011-definiciones-muerte-materna&catid=2390%3Aregional-health-observatory-themes&Itemid=2391&lang=es

revisión de las causas de muerte, y por tanto pueden ser incluidas defunciones accidentales o incidentales y la vez, ser excluidas o no declaradas defunciones maternas causadas por aborto inducido.

Para hacer posible el análisis de la mortalidad materna en poblaciones indígenas, se necesita contar además con una aproximación o un mecanismo de imputación en las fuentes de datos demográficos que permita establecer si la mujer pertenece o pertenecía a un pueblo indígena. Aunque, y como se mencionó anteriormente, se ha hecho un progreso importante en la incorporación de la pregunta de autoidentificación étnica en los censos, aún existe un rezago en su inclusión en las otras fuentes de información demográfica, como las estadísticas vitales, los sistemas continuos de registro y las encuestas demográficas.

También es importante mencionar que en algunos países (como Perú y Panamá) se asocia la pertenencia a un pueblo indígena con la ubicación en un determinado territorio (resguardo, comarca, distrito, etc.) generalmente rural. Si bien este enfoque permite aproximaciones a distintos indicadores demográficos basados en las divisiones geográficas del país, carece de universalidad, ya que los indígenas que viven en las ciudades no son registrados en las estadísticas de salud como tales, y por otra parte, puede ocurrir que personas no indígenas sean contabilizadas como indígenas por residir en los territorios indígenas. El cuadro 1 pone en evidencia que es preciso incluir la identificación indígena en los registros de salud de todo el país, puesto que una proporción significativa de personas indígenas residen fuera de los territorios legalmente reconocidos.

Cuadro 1
América Latina (4 países): cantidad y distribución relativa de personas indígenas residentes en territorios indígenas y fuera de ellos, circa 2010

País y fecha censal	Población indígena			Porcentaje fuera de territorios indígenas
	En territorios indígenas	Fuera de territorios indígenas	Total	
Brasil, 2010 ^a	517 383	379 534	896 917	42,3
Colombia, 2005	797 916	595 707	1 393 623	42,7
Costa Rica, 2011	35 943	68 200	104 143	65,5
Panamá, 2010	195 285	222 274	417 559	53,2

Fuente: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE)-División de Población de la CEPAL, sobre la base de procesamientos de los microdatos censales.

^a Los datos corresponden a los resultados del censo demográfico de 2010 para poblaciones indígenas, y no a la variable derivada de la pregunta por raza o color.

Adicionalmente, se observa otra tendencia desde el punto de vista territorial, en la que los países con población indígena reconocen los antiguos territorios ancestrales por encima de su división política administrativa, como en Bolivia (Estado Plurinacional de), donde la identificación de los pueblos originarios se realiza a partir de un criterio cultural común que define los límites de las llamadas naciones indígenas.

“La aplicación de la perspectiva de los derechos territoriales en el análisis de la distribución espacial de los pueblos indígenas es compleja. Implica contar con información de los aspectos sociales, demográficos, bióticos y fisiográficos, entre otros, que configuran los territorios indígenas” (CELADE, 2014a).

En las estadísticas vitales, en países como Perú y Bolivia (Estado Plurinacional de), si bien no existe la identificación étnica en los formularios del registro, la asociación de los nacimientos y las defunciones se hace a partir de las delimitaciones de las divisiones político administrativas de dichos países y desde la afinidad cultural que atraviesan dichos territorios (bajo el concepto de movilidad ancestral).

De acuerdo con el propósito de la investigación, en el presente documento se consideran sólo los países de la región que cuentan con población indígena o con ascendencia indígena, que según el estudio de Del Popolo (2008) son los siguientes: Argentina, Bolivia (Estado Plurinacional de), Brasil, Chile,

Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Uruguay y Venezuela (República Bolivariana de). Esto es, 17 de los 20 países de América Latina, sin considerar a Cuba, Haití ni República Dominicana.

En el citado estudio, Del Popolo señala además que el análisis de la mortalidad materna tiene serias limitaciones debido a que, aunque se evidencian mejoras, los sistemas de registro y las estadísticas vitales todavía presentan deficiencias tanto en la cobertura como en la calidad de sus registros. En este sentido, se observa que en algunos países se ha optado por realizar estimaciones indirectas a partir de la información provista por los censos y las encuestas demográficas. A partir de tales delimitaciones, en los países señalados se estudiarán las fuentes de datos demográficas que provean los insumos necesarios para la estimación de la mortalidad materna indígena.

A. Las encuestas

En la literatura existente al respecto se indica que las encuestas por muestreo no son la fuente de información más idónea para la estimación de la mortalidad materna pues, como las muertes maternas son un evento poco frecuente en la población, para obtener estimaciones robustas resultan necesarias muestras de gran tamaño que permitan tener un número de casos suficiente.

En el caso específico de la mortalidad materna indígena, esta exigencia es aún mayor, ya que de otro modo no se podrían obtener estimaciones para niveles subnacionales que permitan realizar aproximaciones a partir de la ubicación territorial de los grupos étnicos. A esto se puede sumar el hecho de que en algunos países la población indígena se localiza en zonas apartadas y con dificultades de acceso, lo cual implica operaciones logísticas más complejas y costosas.

Para la estimación de la mortalidad materna basado en información de encuestas, por lo general se emplea el denominado método de sobrevivencia de las hermanas, lo que conlleva una mayor capacitación de los encuestadores para un buen registro de la información. El mencionado método cuenta con dos variantes. La primera, denominada “*summary sibling history*”, fue desarrollada por Graham, Brass y Snow a fines de la década de 1980 y es raramente utilizada, debido a que proporciona estimaciones para un amplio período de tiempo. La segunda variante, denominada “*full sibling history*”, incorpora mayor cantidad de preguntas sobre las hermanas fallecidas, lo cual permite contar con una referencia temporal para las estimaciones, gracias a que se consulta además por la edad a la muerte, el año de la muerte o la cantidad de años transcurridos desde el fallecimiento.

Un aspecto que la OMS señala en una de sus publicaciones es que el método “no es apropiado en contextos con niveles bajos de fecundidad o con un alto grado de migración u otras causas de dislocación social” (OMS, 2005).

En el anexo 1 se presenta el resumen de las preguntas empleadas para la estimación de la mortalidad materna indígena en las encuestas de demografía y salud (DHS, por sus siglas en inglés) o similares que son realizadas habitualmente en los países de la región. Aplicando el método de las hermanas, sobre la base de información de dichas encuestas, que incorporan una sección sobre mortalidad materna, se puede obtener la razón de mortalidad materna dividiendo la tasa de mortalidad materna y la tasa de fecundidad general. El numerador resulta de la información de las hermanas de las informantes fallecidas durante el embarazo, el parto o el puerperio, y el denominador de la historia de nacimientos que se recoge en las preguntas.

Tal como se advierte en la sección I sobre las fuentes y los métodos para estimar la mortalidad materna indígena, es necesario una imputación previa de la identificación étnica de las fallecidas, a partir de supuestos basados en los criterios de expertos. Debido a que en las encuestas no se pregunta específicamente por la pertenencia étnica de las hermanas, se aplicaría este método para obtener una aproximación en base a la pertenencia étnica de los informantes. Lo mismo aplica para el caso de los hijos nacidos vivos de las informantes, pues es necesario diferenciar a los de madres indígenas. Como indica Del Popolo respecto a las encuestas de demografía y salud:

“Si bien es posible investigar en detalle una gran cantidad de temas, son pocas las posibilidades de desagregar la información según condición étnica de manera sistemática y generalizada en la región, y la inclusión de preguntas al respecto es de reciente data. Bolivia, Brasil, Ecuador, Guatemala, México, Nicaragua, Paraguay y Perú han incluido la identificación étnica en al menos un relevamiento, sin embargo en todos ellos se identifica –con diferentes criterios– a los grupos indígenas” (Del Popolo, 2008).

De acuerdo con el documento de Ruiz (2013), la utilización de las encuestas por muestreo para la estimación de la mortalidad materna no ha sido del todo exitosa, y ello ha justificado la inclusión de preguntas relativas a las defunciones en el hogar en las boletas censales de la región, con objeto de aproximarse a un indicador de mortalidad materna. No obstante, a pesar de las ya expuestas limitaciones, la estimación de la mortalidad materna en base a la información de encuestas es una alternativa factible, principalmente para los países que no cuentan con un sistema de estadísticas vitales adecuado, además puede servir para comparar con estimaciones resultantes de otras fuentes de información.

B. Los censos

La publicación de Hill y otros (2009) señala que, desde la década de 1980, se han desarrollado diversos métodos para evaluar y ajustar los datos censales resultantes de las preguntas de defunciones en el hogar incorporadas en los censos de población. En la década de 1990 se incluyó además la consulta a los hogares respecto de si, durante el período de referencia, entre las muertes ocurridas figuraban las de mujeres en edad fértil, y si éstas estaban relacionadas con el embarazo, parto o puerperio, con el propósito de estimar la mortalidad materna.

Para estimar la mortalidad materna a partir de datos censales se requiere la siguiente información: distribución de la población femenina en edad fértil por grupos quinquenales de edad, distribución de las muertes femeninas en los hogares por grupos quinquenales de edad para el período de referencia y, del número de muertes de mujeres en edad fértil, cuántas ocurrieron durante el embarazo, el parto o el puerperio. Se requiere además el número de nacidos vivos por edad de la madre para así obtener las tasas específicas de fecundidad correspondientes al período de referencia en estudio.

La información anteriormente mencionada y el cruce con la identificación indígena permite estimar la razón de mortalidad materna indígena sobre la base de esta fuente de información. Para tal efecto, es necesario fijar algún criterio de identificación étnica de los hogares de las fallecidas, como la propia autoidentificación del (de la) jefe(a) de hogar y/o la de su cónyuge. Sin embargo, no hay que olvidar que se debe buscar mejorar la calidad de la autoidentificación, y que para ello no basta con tener la pregunta, sino que es necesario trabajar tanto en la capacitación de los empadronadores y supervisores como en la participación de la población indígena en todo el proceso censal.

En el anexo 2 se detallan las diferentes preguntas utilizadas en los últimos censos relacionadas con las defunciones en el hogar, las defunciones de mujeres en edad fértil relacionadas con el embarazo, parto o puerperio y la autoidentificación étnica.

De acuerdo con diversos autores, los métodos de estimación de la mortalidad materna sobre la base de información censal tienen varias ventajas. Por una parte, proveen una mayor cantidad de muertes relacionadas con el embarazo, parto y puerperio que las obtenidas a través de encuestas por las dificultades muestrales, lo cual permite aumentar el número de observaciones disponibles; además permite realizar análisis diferenciales, como por ejemplo a nivel subnacional, por nivel de instrucción, entre otros. Por otra parte, el uso de datos censales suministra la información necesaria para evaluar la cobertura tanto de defunciones como de nacimientos. No obstante, aunque sería posible obtener una estimación de las muertes maternas, a menudo se encuentra sesgada, ya que esas muertes no son frecuentes, y a esto se añade el hecho de que, por su periodicidad, los censos no pueden ser utilizados como herramienta para un monitoreo rutinario (Hill y otros, 2009).

En la publicación de Hill y otros (2009) se realiza una aproximación a la mortalidad relacionada con el embarazo para tres países de América Latina: Honduras (Censo 2001), Nicaragua (Censo 2005) y Paraguay (Censo 2002). Los autores emplean el método de distribución por edad de las muertes

(*General Growth Balance*) para establecer la completitud y cobertura de los datos sobre defunciones en el hogar obtenidos mediante los censos de población. Además, se comparan las cifras del número de nacimientos y la fecundidad acumulada para establecer la cobertura de los nacimientos recientes en los hogares. Posteriormente, una vez efectuados los ajustes a las estimaciones de nacimientos y defunciones, se obtienen las razones de mortalidad relacionadas con el embarazo, que indican una aproximación a las razones de mortalidad materna.

El trabajo realizado mostró que, en el caso de Nicaragua y Paraguay, fueron necesarios ajustes para corregir la sobreenumeración de defunciones de adultos. En el caso de Honduras, se observó la situación contraria, registrándose una subenumeración de defunciones, particularmente de mujeres, que se corrigió al alza. Los ajustes a las cifras de nacimientos fueron mínimos en todos los casos². Así, las estimaciones de la razón de mortalidad relacionada con el embarazo fueron consistentes con relación a las obtenidas de otras fuentes.

Bolivia (Estado Plurinacional de) es otro de los países que, al no contar con un registro de defunciones que permita establecer indicadores de mortalidad materna, ha incluido en sus dos últimos censos (2001 y 2012) preguntas que permiten estimar la mortalidad relacionada con el embarazo, parto o puerperio. Los resultados del censo 2001 muestran que la información obtenida no permite realizar una estimación de la mortalidad materna, pues presenta problemas en la definición del período de referencia, falta de información sobre sexo y edad de las fallecidas, entre otros, por lo cual su utilidad queda reducida al marco del estudio RAMOS.

Por lo anteriormente expuesto, no se debe olvidar que, al igual que en el caso de las encuestas, la capacitación del personal de campo es crucial, pues el censo recoge información sobre diversidad de temas no relacionados directamente con las defunciones maternas. Además de ello, hay que considerar los problemas de omisión propios de los censos, por lo cual, antes de usar datos censales para estimar mortalidad materna, se debe tener en cuenta la calidad y la cobertura de los nacimientos y las defunciones recogidas por esta fuente de información.

Finalmente señalar que “es posible utilizar datos del censo para medir la mortalidad relacionada con el embarazo como indicador sustitutivo de la mortalidad materna en los países con registros de defunción deficientes” (Hill y otros, 2009). En este mismo sentido, Ruiz (2013) menciona que los censos no parecen ser el camino más adecuado para generar la información necesaria sobre esta temática. Sin embargo igualmente apunta que, en ausencia de estadísticas vitales de calidad, ésta puede ser una opción válida.

No obstante lo antes expuesto, una ventaja de los censos es la posibilidad de desagregar las estimaciones demográficas para los grupos indígenas (Del Popolo, 2008). Como se puede apreciar en el anexo 2, la mayoría de los países incluyen al menos una pregunta de identificación étnica en sus últimos censos, debido al creciente interés de analizar los diversos temas incorporando el enfoque étnico, como las preguntas sobre mortalidad materna.

Para el estudio de la mortalidad materna indígena, al igual que en el caso de las encuestas, es necesario hacer una imputación que permita, a partir de la autoidentificación de los miembros del hogar (principalmente la de los(as) jefes(as) de hogar), poder clasificar a los hogares según condición étnica y, de esta manera, tener las defunciones maternas y los nacidos vivos indígenas.

C. Las estadísticas vitales y los sistemas de registro

Las estadísticas vitales permiten estimar directamente la mortalidad materna, y en la literatura o en los estudios disponibles se indica que es la fuente idónea para su estimación, pues permite distinguir las muertes maternas a través de las causas de muerte y calcular estimaciones con una mayor periodicidad que los censos y encuestas. Sin embargo, la desventaja de los sistemas de estadísticas vitales son los problemas de cobertura y calidad. El problema de cobertura se agrava cuando el objetivo es estimar específicamente la mortalidad materna, dada la poca frecuencia de los casos. A lo anterior se suma el problema de calidad,

² Existe bastante bibliografía que afirma que el registro de nacimientos tiene mayor cobertura que el de defunciones.

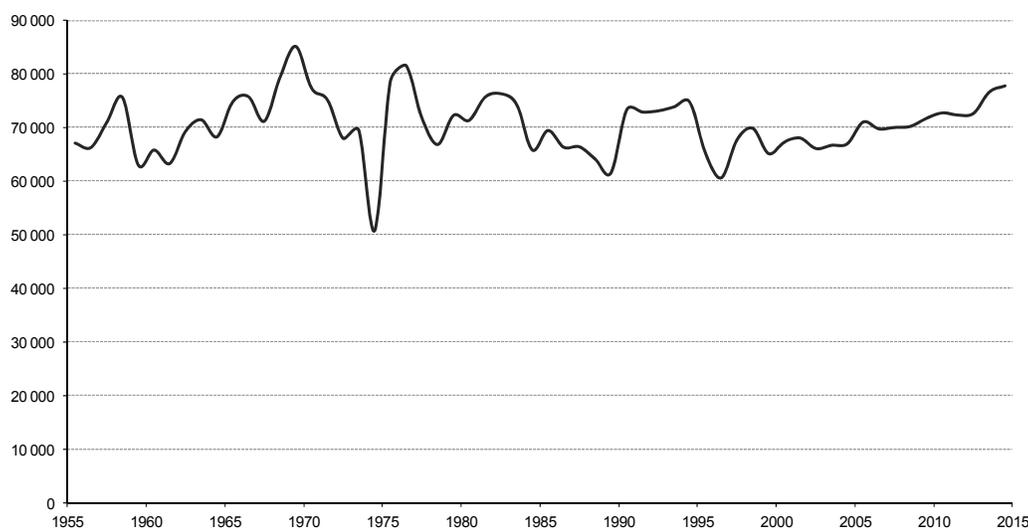
pues aún en sistemas de registro con muy buena cobertura, si existe mala clasificación de las muertes, un cierto número de muertes maternas no quedan consideradas como tales. Según Ruiz:

“Los datos para la estimación de la mortalidad materna provienen de las estadísticas vitales y, por consiguiente, tienen las fortalezas y debilidades características de esta fuente de información. Las fortalezas se refieren a la posibilidad de tener datos provenientes del mismo tipo de fuente para cada uno de los dos eventos involucrados en la medición, en este caso, las defunciones maternas y los nacimientos, lo que presentaría una amplia posibilidad de efectuar desagregaciones geográficas y temporales, así como por edad de la mujer y por grupos sociales, hasta donde las dos fuentes guarden coherencia conceptual.

Por su parte, las debilidades apuntan a la falta de cobertura, sobre todo porque esta deficiencia suele ser diferencial entre las dos fuentes y según el nivel de desarrollo de las regiones y el acceso a los servicios de salud para la atención del embarazo, el parto y el puerperio. En el caso de las muertes maternas, hay un problema adicional a la falta de cobertura y es la ausencia o deficiencia de información para identificar el antecedente obstétrico, lo que trae como consecuencia un enmascaramiento de la causa de la defunción y hace que, aunque haya registro del hecho vital, este no se contabilice como muerte materna” (Ruiz, 2013).

Para ejemplificar lo antes expuesto, en los gráficos 1 y 2 se ilustra la tendencia de las defunciones proveniente de las estadísticas vitales de Guatemala (1955-2015), y los nacimientos del Ecuador (1954-2015). Ambos gráficos muestran ligeras fluctuaciones, aunque en el caso de los nacimientos la serie es más irregular, debido a otra de las debilidades de esta fuente de información: el registro tardío.

Gráfico 1
Guatemala: defunciones, 1955-2015



Fuente: Instituto Nacional de Estadística de Guatemala.

Las metodologías para evaluar la cobertura de las estadísticas vitales son diversas en la región, y no están siendo evaluadas sistemáticamente; sin embargo, en los países se están haciendo esfuerzos para mejorar los sistemas de registro. La Red Latinoamericana para el Fortalecimiento de los Sistemas de Información de Salud (RELAC SIS) creó el Grupo de Trabajo 11 para analizar la cobertura y calidad de los sistemas de información en salud de los países de América Latina y el Caribe. Uno de sus objetivos es proponer una guía metodológica que permita evaluar la cobertura y calidad de las estadísticas de

nacimientos y defunciones en la región, y generar indicadores de monitoreo sobre el tema. Para ello se está trabajando en la revisión de las metodologías empleadas por algunos de los países. Su actividad más reciente fue el “Foro de cobertura de nacimientos y defunciones”, llevado a cabo entre el 20 de abril y el 24 de mayo del 2016, donde se presentaron y debatieron las experiencias de Brasil, Colombia, Argentina, México y Perú.

Gráfico 2
Ecuador: nacimientos, 1954-2015



Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Censos de Ecuador.

El análisis que se presenta a continuación está basado en la comparación de los nacimientos y las defunciones provenientes de las estadísticas vitales de los países con las proyecciones de población del CELADE (Revisión 2015). Cabe señalar que este no es un método específico para evaluar la cobertura u omisión de esta fuente de información, sin embargo, aunque presenta limitaciones, permite un acercamiento a la situación de los sistemas de información de estadísticas vitales en los países.

En los cuadros 2 y 3 se agrupan los países de acuerdo con el criterio (subjetivo) que considera “buena” una cobertura mayor o igual a 90%, “satisfactoria” una entre 80% y 89 %, “regular” una entre 70% y 79%, y “deficiente” una inferior a 70%. Se abarca el período 1950-2015, para así mostrar la tendencia y el panorama diverso en términos de cobertura de las estadísticas vitales en la región.

De acuerdo con la información presentada en los cuadros 2 y 3, en el quinquenio 2010-2015 ocho países alcanzan un porcentaje de cobertura de defunciones por encima de 90%, mostrando desde 1990-1995 una mejoría que se mantiene hasta la actualidad. Asimismo, se evidencia que un mayor número de países ha logrado un porcentaje de cobertura “bueno” en el registro de nacimientos (trece países en el quinquenio 2010-2015). En ambos registros se observa una mejoría desde el quinquenio 1960-1965, mayor en el caso de los nacimientos, aunque en el período en estudio fluctúa el número de países en cada categoría. Se constata además que persiste la heterogeneidad en la región, ya que si bien un número importante de países tiene buenos porcentajes de cobertura, seis países en el registro de defunciones y cinco países en el de nacimientos se encuentran con cobertura deficiente o sin información.

Cuadro 2
América Latina: países agrupados según rangos de porcentaje de cobertura de las defunciones informadas en las estadísticas vitales, con relación a las estimadas en las proyecciones de población, 1950-2015

Cobertura	1950-1955	1955-1960	1960-1965	1965-1970	1970-1975	1975-1980	1980-1985	1985-1990	1990-1995	1995-2000	2000-2005	2005-2010	2010-2015
Buena (>90%)	2	3	3	4	3	3	3	5	7	7	8	7	8
Satisfactoria (entre 80% y 89%)	1	3	4	5	5	5	5	3	4	4	4	4	2
Regular (entre 70% y 79%)	4	3	3	1	1	3	4	4	2	2	1	2	4
Deficiente (<70%)	5	3	2	3	2	7	6	3	3	4	5	5	3
Sin información	8	8	8	7	9	2	2	5	4	3	2	2	3

Fuente: Elaboración propia sobre la base de información de las oficinas nacionales de estadística y las estimaciones y proyecciones de población del CELADE (Revisión 2015).

Cuadro 3
América Latina: países agrupados según rangos de porcentaje de cobertura de los nacimientos informados en las estadísticas vitales, con relación a los estimados en las proyecciones de población, 1950-2015

Cobertura	1950-1955	1955-1960	1960-1965	1965-1970	1970-1975	1975-1980	1980-1985	1985-1990	1990-1995	1995-2000	2000-2005	2005-2010	2010-2015
Buena (>90%)	4	7	9	8	11	10	11	12	12	13	11	11	13
Satisfactoria (entre 80% y 89%)	3	4	4	4	2	5	5	1	2	2	6	5	1
Regular (entre 70% y 79%)	3	2	1	3	1	2	1	1	2	1	0	1	1
Deficiente (<70%)	3	2	2	1	1	1	1	2	1	1	2	2	3
Sin información	7	5	4	4	5	2	2	4	3	3	1	1	2

Fuente: Elaboración propia sobre la base de información de las oficinas nacionales de estadística y las estimaciones y proyecciones de población del CELADE (Revisión 2015).

Además del tema de la cobertura, es importante considerar la calidad de la información registrada en los sistemas de estadísticas vitales de la región. En términos generales, Ribotta (2014) muestra que en la región un 20,4% de las defunciones son certificadas de manera incompleta o incorrecta, aunque con diferencias importantes entre países, que no necesariamente se correlacionan con el grado de consolidación de los sistemas de información sobre mortalidad. Asimismo, según el Observatorio Regional de Salud de la OPS³ existen dificultades en la medición de las muertes maternas en gran parte de los países de la región. En países con baja cobertura de certificación de defunciones los principales problemas son el subregistro y la mala clasificación, mientras que en países con buena cobertura el problema principal es la mala clasificación, resultante del registro incorrecto de las causas de muerte en el certificado de defunción, con lo cual una proporción significativa de muertes maternas no se codifican como tales. Distintos autores han indicado que en países desarrollados, incluso un tercio o hasta la mitad de las muertes maternas, no se clasifican como tales (CELADE, 2015; Hill y otros, 2007).

Por esta situación, la OPS tiene una estrategia para mejorar la información de mortalidad materna que incluye el monitoreo de la calidad de la información, la documentación de los procedimientos empleados por los países para mejorar la información, la elaboración de una guía con lineamientos para la búsqueda de las muertes maternas (borrador), la cooperación técnica directa a los países y la diseminación de reportes e informes nacionales sobre la situación y las tendencias de la mortalidad materna.

Un ejemplo del esfuerzo de los países por mejorar la mala clasificación de las muertes maternas es la Búsqueda Intencionada y Reclasificación de las Muertes Maternas (BIRMM⁴) que implementan Brasil, Chile, Colombia, Cuba, Ecuador, Honduras, México y Paraguay, cada uno con sus especificidades.

Si el foco se pone en la estimación de la mortalidad materna indígena se debe tener presente que, ni en el caso de los nacimientos ni en el de las defunciones se trata de autoidentificación, sino más bien de identificación, ya que la información es proporcionada generalmente por la madre en el primer caso y por familiares directos en el segundo, lo cual conlleva la necesidad de establecer criterios para su identificación étnica, siempre buscando que el registro sea lo más cercano posible a cómo se autoidentificaba la fallecida. Además, para que dicho registro sea llevado a cabo adecuadamente, el personal encargado de dicha función debe ser consciente de su importancia y estar debidamente capacitado para hacerlo.

Existen países como Ecuador y Uruguay que han incluido recientemente la identificación étnica directamente en los formatos del registro civil o en los que consolidan los servicios de salud y las estadísticas vitales, conformando en total ocho países que han incorporado la pregunta en ambos certificados médicos (de nacimiento y de defunción). No obstante, aunque esté incluida la pregunta de identificación indígena es necesario hacer una evaluación tanto de la calidad como de la cobertura que proveen dichas estadísticas. Algunos estudios locales llevados a cabo en siete países entre 2007 y 2012 por el proyecto “Incorporación del enfoque étnico en las fuentes de datos en salud” del CELADE, OPS y UNFPA señalan las siguientes limitaciones: no se respeta el principio de autoidentificación, los campos correspondientes a la variable no se llenan, los funcionarios administrativos o equipos de salud no han recibido entrenamiento para el correcto llenado de los certificados, entre otras (CELADE, OPS y UNFPA, 2013).

Al respecto, un documento de CEPAL sobre pueblos indígenas señala sobre la mortalidad materna que:

³ http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=5981%3A2011-mejoramiento-informacion-sobre-mortalidad-materna&catid=2390%3Arho-themes&Itemid=2391&lang=es

⁴ Búsqueda Intencionada y Reclasificación de Muertes Maternas (BIRMM): Proceso por el cual se ratifican o rectifican las causas de defunción en las muertes que fueron registradas o notificadas con causas obstétricas (maternas). Asimismo consiste en detectar muertes maternas ocultas (inicialmente no maternas) debido a que las causas obstétricas no fueron anotadas en el certificado de defunción. Comprende también la incorporación de muertes maternas no captadas en las principales fuentes, mediante la confrontación de bases de datos con otras instituciones y la documentación de muertes no certificadas ni registradas.

“La evidencia empírica permite comprobar que la situación es aún muy preocupante en la región. Antes de examinar los datos, cabe reconocer que esta es una meta difícil de evaluar, ya que en las estadísticas vitales de la mayoría de los países se registran serias limitaciones, y más aún en la declaración de las causas de muerte. Por ende, en varios países la información proviene de estimaciones indirectas y puede conllevar altos márgenes de incertidumbre. Por este motivo, las tendencias deben analizarse con cautela. Las serias limitaciones que afectan a estos datos se profundizan aún más en el caso de las mujeres indígenas, puesto que en la mayoría de los países de la región ni siquiera se incluye la identificación de los pueblos indígenas en los registros” (CELADE, 2014a).

Considerando que esta fuente de información es la que puede proporcionar el número de muertes maternas de forma oportuna, contando con que presente buenos niveles de cobertura y calidad, y dada la mayor incorporación de la pregunta de identificación étnica en los certificados de defunción y nacimiento, sería la que resulta más apropiada para la estimación de la mortalidad materna indígena. Por lo tanto, y tomando en cuenta su creciente importancia en el contexto internacional, es recomendable que en los países se incentiven y difundan estudios sobre este tema en particular.

II. El balance de la región en cuanto a las fuentes de datos para estimar la mortalidad materna indígena

A continuación se presenta una síntesis de la información disponible en las fuentes nacionales de la región para la estimación de la mortalidad materna indígena, de acuerdo con la descripción de las fuentes y métodos del capítulo anterior.

Esta información se presenta en el cuadro 4, donde para cada país se hace referencia a encuestas de demografía y salud (DHS) u encuestas similares, el último censo realizado y las estadísticas vitales. En los anexos 1, 2 y 3 se puede consultar el año de cada operativo y la manera en que se indaga sobre las defunciones de hermanas, defunciones en el hogar de mujeres en edad fértil y la pertenencia a pueblos indígenas de las fallecidas y los nacidos vivos.

En el cuadro 4 se observa que en Bolivia (Estado Plurinacional de) es posible estimar la mortalidad materna por las tres fuentes analizadas, a partir de datos de encuesta y censo para el período de referencia considerado, así como a partir de las estadísticas vitales de forma continua (aunque no para las mujeres indígenas porque esta última fuente carece de la identificación étnica). En el caso de Ecuador, Guatemala, Perú, Haití, El Salvador, Honduras, Nicaragua y Paraguay se puede estimar la mortalidad materna sobre la base de estadísticas vitales, y además, para los tres primeros, es posible a partir de información de encuestas, y con datos censales para los cuatro últimos.

Cuadro 4
América Latina: balance de las fuentes de datos para la estimación de la mortalidad materna indígena^a

País	Encuestas				Censos				Estadísticas vitales			
	Incluye pregunta de defunciones de hermanas	Incluye pregunta de identificación étnica	Incluye historia de nacimientos	Incluye pregunta de defunciones en el hogar	Incluye pregunta para identificar defunciones maternas de MEF	Incluye pregunta sobre los nacimientos del último año	Incluye pregunta de autoidentificación étnica	Incluye antecedente obstétrico	Incluye pregunta de identificación étnica de la fallecida	Incluye pregunta de identificación étnica del nacido vivo		
Argentina	No	No	No	No	No	Sí	Sí	Sí	No	No		
Bolivia (Est. Plur. de)	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	ND		
Brasil	No	Sí	Sí	Sí	No	Sí	Sí	Sí	Sí	No		
Chile	NA	NA	NA	No	No	Sí	Sí	No	No	No		
Colombia	No	Sí	Sí	Sí	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí		
Costa Rica	No	No	Sí	No	No	No	Sí	No	No	No		
Cuba	No	NA	No	No	No	No	NA	Sí	NA	NA		
Ecuador	Sí	Sí	Sí	No	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí		
El Salvador	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	No		
Guatemala	Sí	Sí	Sí	No	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí		
Haití ^b	No	NA	Sí	Sí	No	Sí	NA	Sí ^c	NA	NA		
Honduras ^d	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	ND		
México	No	Sí	Sí	No	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí		
Nicaragua ^e	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí		
Panamá	No	Sí	Sí	No	No	Sí	Sí	Sí	No	No		
Paraguay ^f	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí		
Perú	Sí	Sí	Sí	No	No	Sí	Sí	Sí	No	No		

Cuadro 4 (conclusión)

País	Encuestas				Censos				Estadísticas vitales			
	Incluye pregunta de defunciones de hermanas	Incluye pregunta de identificación étnica	Incluye historia de nacimientos	Incluye defunciones en el hogar	Incluye para identificar defunciones maternas de MEF	Incluye pregunta sobre los nacimientos del último año	Incluye auto identificación étnica	Incluye pregunta de antecedente obstétrico	Incluye pregunta de étnica de la fallecida	Incluye pregunta de identificación étnica del nacido vivo		
Rep. Dominicana ^g	No	NA	Sí	Sí	No	Sí	NA	Sí	NA	NA		
Uruguay	No	Sí	No	No	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí		
Venezuela (Rep. Bol. de)	No	Sí	Sí	No	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí		

Fuente: Elaboración propia sobre la base de cuestionarios de las Encuestas de Demografía y Salud (o encuestas similares) realizadas habitualmente, boletas censales y certificados de defunción y nacimiento vigentes disponibles.

^a La abreviatura ND se utiliza cuando no fue posible contar con el formulario y la abreviatura NA cuando el país no cuenta con población indígena, o cuando no realiza sistemáticamente Encuestas de Demografía y Salud.

^b En la Encuesta de Demografía y Salud 2012 de Haití (EMMUS-V) no se incluyó el módulo de Mortalidad Materna, sin embargo en la Encuesta de Demografía y Salud 2005-2006 (EMMUS-IV) se realizó la consulta sobre sobrevivencia de las hermanas.

^c En Haití, en el certificado de defunción, con antecedente obstétrico, se registra directamente si se trata de una muerte materna Sí o No.

^d En la Encuesta Nacional de Demografía y Salud ENDESA 2011-2012 de Honduras, se incluyó la consulta sobre identificación étnica, sin embargo en la Encuesta Nacional de Epidemiología y Salud Familiar 1996 se incluyó la consulta sobre la sobrevivencia de las hermanas, pero no así la referente a identificación étnica.

^e En la Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud ENDESA 2011 se incluyó la consulta sobre identificación étnica, sin embargo en la Encuesta Nacional sobre Salud Familiar ENSAFA 1992 se incluyó la consulta sobre la sobrevivencia de las hermanas, pero no así la referente a identificación étnica.

^f En la Encuesta Nacional de Demografía y Salud Sexual y Reproductiva 2008 de Paraguay, se incluyó la consulta sobre identificación étnica, sin embargo en la Encuesta Nacional de Demografía y Salud Reproductiva 1995-1996 se incluyó además la consulta sobre la sobrevivencia de las hermanas.

^g En la Encuesta Demográfica y de Salud 2013 de República Dominicana, no se incluyó el módulo de Mortalidad Materna, sin embargo en la Encuesta Demográfica y de Salud 2007 se realizó la consulta sobre sobrevivencia de las hermanas.

Argentina, Brasil, Colombia, Cuba, México, Panamá, República Dominicana, Uruguay y Venezuela (República Bolivariana de) estiman la razón de mortalidad materna a partir de los sistemas de registro de hechos vitales. Esto porque la mayoría de los países mencionados (excepto Brasil y República Dominicana) cuentan con buenos registros, en correspondencia con la “Clasificación según exhaustividad y cabalidad de los datos para el cálculo de la mortalidad materna” presentada en una publicación de la Organización Mundial de la Salud (WHO, 2014), según la cual estos países pertenecen al grupo A, cuyos sistemas de registro civil tienen coberturas de al menos el 85% y codificación errónea de causas de muerte por debajo del 20% en la mayor parte del período 1996-2007. Sin embargo, aún cuando las estimaciones del Grupo Interagencial para la estimación de mortalidad materna (MMEIG) se basan en datos de los registros civiles, a algunos de los países se les ajusta por cobertura y/o por clasificación errónea.

En Chile y Costa Rica no se puede estimar la mortalidad materna por medio de las tres fuentes consultadas de manera directa puesto que no se incluye la consulta sobre el antecedente obstétrico de la fallecida en los certificados de defunción, y tampoco en su último censo se incluyó la pregunta para identificar las muertes relacionadas con el embarazo, el parto o el puerperio. En la búsqueda efectuada para este estudio no se encontraron encuestas recientes donde se aborde esta temática. Sin embargo, ambos países reportan periódicamente estimaciones de mortalidad materna, puesto que existen mecanismos permanentes de análisis y evaluación de la misma, los cuales se apoyan en la declaración de las causas de muerte por edad y sexo, la declaración obligatoria de control epidemiológico y estudios específicos.

El cuadro 4 permite constatar que se ha registrado un progreso importante en la incorporación de preguntas relacionadas con la identificación étnica en los últimos censos llevados a cabo en América Latina, pues se consulta en los 17 países con población indígena (ya sea utilizando el criterio de autoidentificación o el de idioma), en concordancia con lo citado en CELADE (2014a), donde se afirma que “en los censos de la década de 1980 solamente la mitad de los países latinoamericanos se aproximaba a la cuantificación de la población indígena, situación que prácticamente se mantuvo en la década de 1990”. No obstante, aún existe un rezago en su inclusión en otras fuentes de información demográfica como las estadísticas vitales, ya que 10 de los 17 países incluyen en el certificado médico de defunción la variable de identificación étnica y 8 de los 15 países con información disponible lo hace en el certificado médico de nacimiento. En relación a las encuestas disponibles indicar que prácticamente todos los países (14 de 16) que habitualmente realizan encuestas de demografía y salud (o similares) incluyen la consulta que permite determinar la identificación étnica de las fallecidas, con excepción de Argentina y El Salvador.

Una de las principales limitaciones para el análisis con enfoque étnico es que el criterio o las categorías de clasificación utilizadas para la identificación étnica no siempre coinciden en las distintas fuentes de información, y ello incide directamente en la cuantificación de la población indígena.

En el cuadro 5 se advierte que en Bolivia (Estado Plurinacional de), Ecuador, Guatemala y Perú se puede estimar la mortalidad materna indígena a partir de datos de encuestas. Asimismo, cinco de los 17 países de la región (Bolivia (Estado Plurinacional de), El Salvador, Honduras, Nicaragua y Paraguay) pueden realizar una aproximación de las muertes maternas indígenas a partir de información censal, más específicamente a partir de las preguntas sobre defunciones en el hogar, defunciones de mujeres en edad fértil y pertenencia étnica. En cambio, ocho países: Colombia, Ecuador, Guatemala, México, Nicaragua, Paraguay, Uruguay y Venezuela (República Bolivariana de) pueden realizar estimaciones directas de la mortalidad materna indígena a partir de sus registros.

En pocos países se puede estimar la mortalidad materna indígena por más de una fuente. De hecho, en ningún país se puede hacer la estimación por las tres fuentes revisadas. En Bolivia (Estado Plurinacional de) se puede estimar la mortalidad materna indígena sobre la base de encuestas y censos, aunque no necesariamente para un mismo período de referencia. Con sus estadísticas vitales es posible estimar la mortalidad materna, pero no la indígena porque el certificado de defunción no incluye la identificación étnica. En Ecuador, Guatemala, Nicaragua y Paraguay se puede estimar la mortalidad materna indígena a partir de las estadísticas vitales; en los dos primeros además se puede utilizar

información de encuestas, y en los dos últimos datos censales. En resumen, de los 17 países que poseen población indígena, solo en 12 se puede estimar la mortalidad materna indígena por alguna fuente de información de las consideradas en esta investigación, siendo que en Argentina, Brasil, Chile, Costa Rica y Panamá no es posible hacerlo. En el caso de Panamá pueden realizarse estimaciones de mortalidad materna indígena en las Comarcas utilizando las estadísticas vitales, puesto que en ellas la gran mayoría de la población pertenece a algún pueblo indígena; no obstante, dado que cerca de la mitad de la población indígena vive fuera de las comarcas, esta estimación no representa a dicho universo.

Como se mencionó anteriormente, una de las ventajas de las estadísticas vitales es que permiten estimar la mortalidad materna de manera directa, esto junto con otras ventajas, la hacen la fuente idónea para países con buenos sistemas de registro, es decir, con adecuados grados de cobertura y calidad. De acuerdo a la clasificación que utilizó la Organización Mundial de la Salud son diez los países de la región que cumplen con estas características. Sin embargo, no es posible estimar la mortalidad materna indígena en cuatro de estos países (Argentina, Chile, Costa Rica y Panamá) porque no tienen incorporada la pregunta de identificación étnica, ya sea en sus certificados de defunción o en los de nacimiento.

Cuadro 5
América Latina: balance de los métodos para la estimación de la mortalidad materna indígena a partir de encuestas, censos y estadísticas vitales^a

País	Es posible estimar la mortalidad materna indígena a partir de las encuestas	Es posible estimar la mortalidad materna indígena a partir de información censal	Es posible estimar la mortalidad materna indígena a partir de las estadísticas vitales
Argentina	No	No	No
Bolivia (Est. Plur. de)	Sí	Sí	No
Brasil	No	No	No
Chile	NA	No	No
Colombia	No	No	Sí
Costa Rica	No	No	No
Cuba	NA	NA	NA
Ecuador	Sí	No	Sí
El Salvador	No	Sí	No
Guatemala	Sí	No	Sí
Haití	NA	NA	NA
Honduras	No	Sí	ND
México	No	No	Sí
Nicaragua	No	Sí	Sí
Panamá	No	No	No
Paraguay	No	Sí	Sí
Perú	Sí	No	No
Rep. Dominicana	NA	NA	NA
Uruguay	No	No	Sí
Venezuela (Rep. Bol. de)	No	No	Sí

Fuente: Elaboración propia sobre la base de cuestionarios de las Encuestas de Demografía y Salud (o encuestas similares) realizadas habitualmente, boletas censales y certificados de defunción y nacimiento vigentes disponibles.

^a La abreviatura ND se utiliza cuando no fue posible contar con el formulario y la abreviatura NA cuando el país no cuenta con población indígena, o cuando no realiza sistemáticamente Encuestas de Demografía y Salud.

III. La mortalidad materna en poblaciones indígenas: ¿qué revelan las fuentes?

En este capítulo se presentan ejemplos de estimación de la razón de mortalidad materna indígena con datos del último censo de Bolivia (Estado Plurinacional de) y con las estadísticas vitales de Colombia y Ecuador. No se incluye un ejemplo de estimación del mencionado indicador con base en información de encuestas, pues en los informes de resultados publicados por los países no se encuentra su desagregación considerando el enfoque étnico.

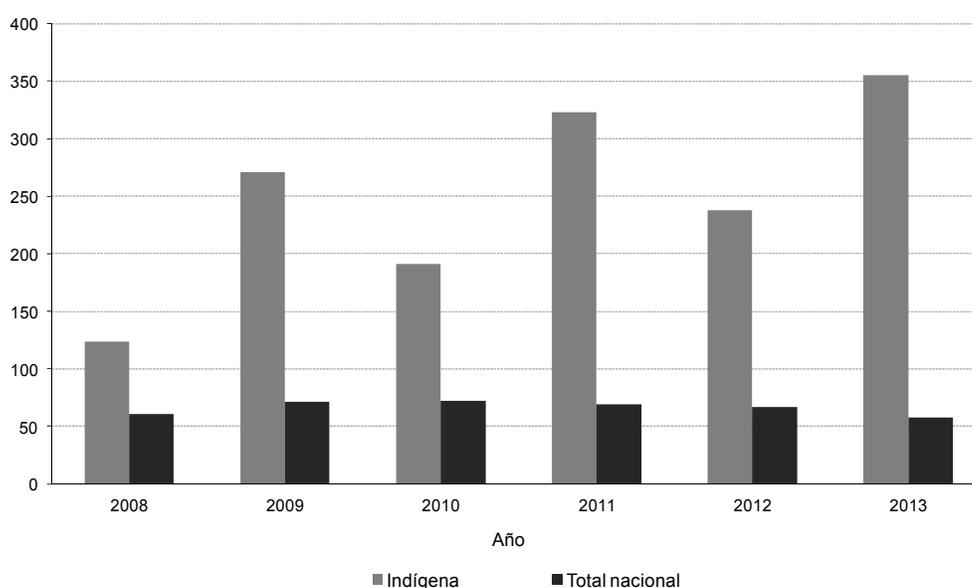
Un primer ejemplo es el cálculo de la razón de mortalidad materna indígena sobre la base de datos del censo 2012 de Bolivia (Estado Plurinacional de) aplicando el método descrito por Hill en el capítulo 30 de Moultrie y otros (2013), que dio como resultado razones de 372,8 y 650,5 por cien mil nacidos vivos para la población femenina en general y la indígena, respectivamente, lo cual implica una brecha igual a 1,7, es decir que una mujer indígena tiene casi 2 veces el riesgo de morir durante el embarazo, el parto o el puerperio que el que tiene una mujer boliviana promedio. La desigualdad en desmedro de las mujeres indígena también se expresa en el Estudio Nacional de Mortalidad Materna 2011 llevado a cabo por el Ministerio de Salud y el Instituto Nacional de Estadística, que muestra que el 68% de las muertes maternas ocurre en dicha población (Bolivia (Estado Plurinacional de), 2016). Dicho estudio que aborda en profundidad la mortalidad materna corrobora que según el último censo de Bolivia, más de la mitad de las muertes maternas son de mujeres que pertenecen a algún pueblo indígena.

Como segundo ejemplo se presenta una estimación de la razón de mortalidad materna indígena en Colombia sobre la base de las estadísticas vitales. Al respecto apuntar que en el año 2008, se introdujo la pregunta sobre pertenencia étnica en los certificados de nacimiento y defunción, año para el cual las estadísticas de defunciones maternas y nacimientos registraban 51% y 18% de casos sin información de etnia, respectivamente. El registro de la identificación étnica presentó mejoras, así que para el año 2010, este problema afectaba al 8% de las defunciones y al 3% de los nacimientos, y entre 2011 y 2013 la calidad continuó mejorando hasta registrar menos del 1% de casos sin información en ambos casos (véase el gráfico 3).

Si se asume el supuesto de cobertura similar en el registro de los nacimientos y las defunciones, el indicador razón de mortalidad materna para el período 2008-2013, sobre la base de información del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) se estimó en 123,3 (2008), 270,9 (2009),

191,1 (2010), 323,0 (2011), 238,0 (2012) y 355,7 (2013) defunciones maternas por cien mil nacidos vivos en poblaciones indígenas frente a 60,5 (2008), 71,5 (2009), 72,4 (2010), 69,1 (2011), 66,8 (2012) y 57,8 (2013) por cien mil nacidos vivos a nivel nacional. En el gráfico 3 se muestra que el indicador presenta un comportamiento errático para el caso indígena, es decir, fluctuaciones pronunciadas a través de estos años, lo cual pudiera atribuirse a que el tamaño de esta población es pequeño (y más aún los casos de muerte materna indígena), con lo cual los efectos sobre la calidad de los datos se hace más notorio. Pese a esto, en todos los años se evidencia la profunda brecha en la razón de mortalidad materna entre indígenas y el total nacional, siendo que el riesgo de una mujer indígena de morir por esta causa fluctúa entre 2 (en 2008) y algo más de 6 (en 2013) veces del que tiene una mujer promedio en el país, lo que refleja claramente la existencia de desigualdad (véase el gráfico 3).

Gráfico 3
Colombia: razón de mortalidad materna, 2008-2013



Fuente: Elaboración propia sobre la base de Colombia (2015). Consulta en línea de nacimientos y defunciones. <http://www.dane.gov.co/index.php/poblacion-y-demografia/nacimientos-y-defunciones>.

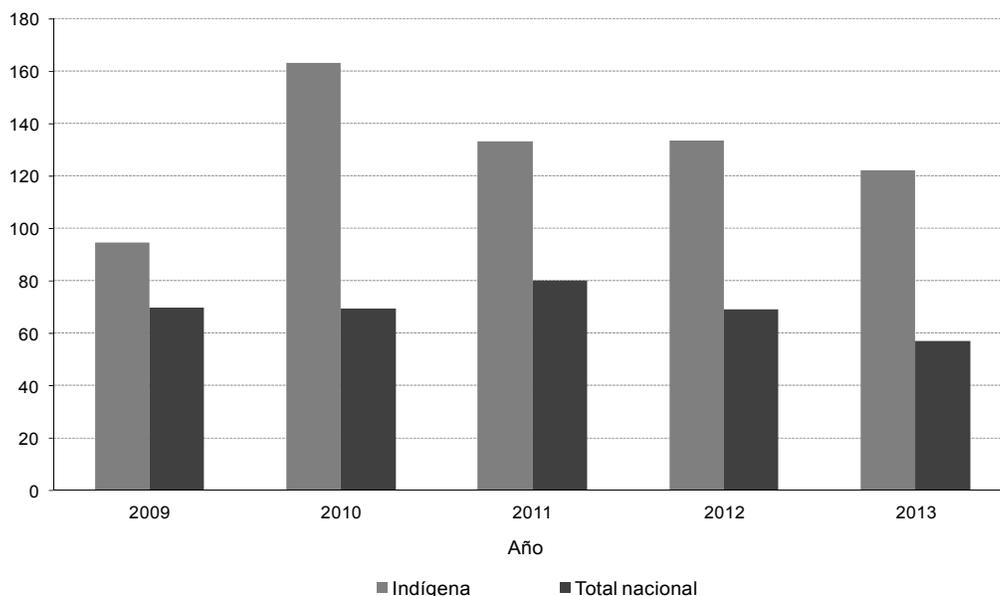
Como último ejemplo utilizando las estadísticas vitales, se presenta el caso del Ecuador, donde a partir de 2009 se comienza a recolectar información de la variable étnica en los sistemas de registro de nacimientos y defunciones. Con datos del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), se estimó la RMM a nivel nacional en 69,7 (2009), 69,4 (2010), 80,0 (2011), 69,0 (2012) y 56,9 (2013) defunciones maternas por cien mil nacidos vivos: mientras que la RMM indígena en 94,7 (2009), 163,0 (2010), 133,2 (2011), 133,4 (2012) y 122,2 (2013) defunciones maternas por cien mil nacidos vivos⁵ (véase el gráfico 4).

La RMM indígena comparada con la total nacional refuerza la tesis de que las mujeres indígenas se encuentran en clara desventaja respecto a su salud sexual y reproductiva. Se advierte que en 2010 la RMM indígena llega a su máximo valor, luego al año siguiente desciende y continúa con valores similares en los dos años posteriores, pero siempre están muy por encima que la razón de mortalidad materna nacional. Sobre la base de lo anterior, se calcularon las respectivas brechas, oscilando entre

⁵ Las cifras del año 2014 no fueron incluidas debido a que en el denominador se incluían solamente los nacimientos oportunos.

1,4 para 2009 y 2,2 para 2013, observándose en consecuencia una tendencia ascendente de la desigualdad hasta el 2013. Si comparamos las brechas entre Colombia y Ecuador, se evidencia que el primero presenta una situación aún más preocupante en cuanto a la desigualdad de las mujeres indígenas frente a un fenómeno que es evitable.

Gráfico 4
Ecuador: razón de mortalidad materna, 2009-2013



Fuente: Elaboración propia sobre la base de información proporcionada directamente por el INEC (2016).

Los tres ejemplos presentados anteriormente, permiten sobre la base de dos fuentes de información, y gracias a poder contar con la incorporación de la identificación étnica en sus sistemas de registro, advertir claramente que las mujeres indígenas tienen mayor riesgo de muerte relacionada con el embarazo, el parto o el puerperio que las mujeres en general. Las brechas se perciben aún cuando se han empleado dos fuentes de información distintas, lo cual evidencia la existencia de desigualdades en los diversos factores relacionados con la salud sexual y reproductiva en desmedro de las mujeres indígenas.

Las fuentes de información demográfica en la región permiten tener un panorama de las brechas que aún persisten a nivel regional y nacional en cuanto a mortalidad materna indígena, aunque los niveles de los indicadores no sean los más precisos y aún existan algunos países con mayor rezago en lo referente a cobertura y calidad. Por ello, para obtener estimaciones más consistentes, es necesario continuar fortaleciendo todas las fuentes, esto es, mejorar (o incluir) la identificación de la población indígena, la declaración de los nacimientos, las defunciones y las causas de muerte, entre otros.

IV. Principales hallazgos y recomendaciones

El presente estudio permitió concluir que:

- La fuente idónea para la estimación de la mortalidad materna son las estadísticas vitales, siempre y cuando tengan niveles satisfactorios de cobertura y calidad. Se ha observado que en varios países se incluye el antecedente obstétrico pero no la variable étnica, o viceversa. Los casos de Colombia y Ecuador, países en donde fue posible su estimación utilizando los registros, revelan desigualdades muy marcadas que reafirman la necesidad de hacerlas visibles para el diseño de políticas inclusivas.
- En consecuencia, y dada la importancia de visualizar la situación de los pueblos indígenas respecto a este fenómeno, se recomienda que los certificados de defunción tengan incorporadas ambas consultas, es decir, antecedente obstétrico e identificación étnica (entendiendo que en este caso no se trata de autoidentificación y por ende se requiere que el informante tenga cabal conocimiento) y que los certificados de nacimiento cuenten con la autoidentificación étnica de la madre.
- En la mayoría de los países es posible estimar la mortalidad materna indígena a partir de al menos una de las fuentes de información descritas (encuestas, censos o estadísticas vitales). No obstante, la calidad de la información aún es dudosa. Por ello, sería una ventaja poder realizar la estimación por las tres fuentes en cada país, para comparar resultados y disponer de antecedentes para las evaluaciones.
- Los criterios de identificación étnica empleados no necesariamente han coincidido en las distintas fuentes analizadas, lo cual atenta contra una estimación precisa de la población indígena y su comparabilidad. Por tanto, se sugiere estandarizar los criterios a nivel nacional usando el de autoidentificación y operacionalizando este criterio de la misma manera en todas las fuentes.
- Durante la recolección de información para la elaboración del presente documento se advirtió que algunos países, aún contando con la variable étnica incorporada, no han explotado la inclusión del enfoque étnico en los análisis realizados sobre mortalidad materna, lo cual es recomendable hacer.

- Se debe promover la realización de más investigaciones sobre mortalidad materna indígena, más aún en el contexto actual, donde los países deberán hacer seguimiento de sus avances en los Objetivos de Desarrollo Sostenible, con la premisa de que «nadie se quede atrás». Específicamente la meta del tercer objetivo que busca reducir la razón mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada cien mil nacidos vivos para 2030, a lo cual se añade la transversalidad del análisis con enfoque étnico. Si bien esta meta se encontraría cumplida para la región, las profundas inequidades que aún persisten en los países implican una particular atención a las poblaciones que están en situaciones desfavorables, como los pueblos indígenas.
- Es importante promover el intercambio de experiencias y dar una mayor difusión de los estudios sobre mortalidad materna indígena, tanto entre instituciones del Estado como con las organizaciones indígenas, especialmente con la de mujeres indígenas, quienes han ido incorporando de manera creciente en sus agendas políticas los temas relacionados con los derechos reproductivos.
- Se recomienda a los países redoblar esfuerzos, tanto en términos de cobertura y calidad de los registros vitales como en la inclusión de la identificación indígena, lo cual no sólo redundará en poder realizar estimaciones de mortalidad materna sino que permitirá construir perfiles epidemiológicos diferenciados, necesarios para una buena gestión en salud.
- Finalmente, toda esta información es fundamental para la definición y seguimiento de políticas y programas de salud, incluyendo la sexual y reproductiva, las cuales deben definirse bajo un enfoque de derechos, que respete la integridad cultural y el acceso sin discriminación al más alto nivel de salud de las mujeres y los pueblos indígenas.

Bibliografía

- Bolivia, Ministerio de Salud (2016), *Estudio Nacional de Mortalidad Materna 2011. Resumen ejecutivo*, La Paz.
- Bolivia, Instituto Nacional de Estadísticas (2014), *Protocolo Estudio Nacional de Mortalidad Materna 2011*, La Paz.
- CELADE (Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía) (2015), “Hacia la armonización de las estimaciones de mortalidad materna en América Latina”, *serie Población y Desarrollo*, N° 108 (LC/L.3735), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.15-00944.
- _____ (2014a), Los pueblos indígenas en América Latina. Avances en el último decenio y retos pendientes para la garantía de sus derechos (LC/L.3902), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe.
- _____ (2014b), “Los datos demográficos: alcances, limitaciones y métodos de evaluación”, *serie Manuales*, N° 82 (LC/L.3906), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe.
- _____ (2013a), Mujeres indígenas en América Latina. Dinámicas demográficas y sociales en el marco de los derechos humanos (LC/W.558), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe.
- _____ (2013b), “Consenso de Montevideo. Primera Reunión de la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe” [en línea], Comisión Económica para América Latina y el Caribe <http://www.cepal.org/cgi-bin/getprod.asp?xml=/celade/noticias/paginas/5/49545/P49545.xml&xsl=/celade/tpl/p18f-st.xsl&base=/celade/tpl/top-bottom.xsl> [11 de noviembre 2015].
- CELADE/OPS/UNFPA (Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía/Organización Panamericana de la Salud/Fondo de Población de las Naciones Unidas) (2013), Lineamientos para incluir la identificación de pueblos indígenas y afrodescendientes en los registros de salud (LC/W.569), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe.
- Colombia, Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) (2015) [en línea] <http://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/nacimientos-y-defunciones> [19 de diciembre de 2016].
- Del Popolo, F. (2008), Los pueblos indígenas y afrodescendientes en las fuentes de datos: experiencias en América Latina (LC/W.197), Santiago de Chile, CELADE -División de Población de la CEPAL y Organización Panamericana de la Salud (OPS).

- Hill, K. y otros (2009), "Estimating pregnancy-related mortality from census data: experience in Latin America" [en línea], *Bull World Health Organ* <http://www.who.int/bulletin/volumes/87/4/08-052233.pdf> [30 de noviembre de 2015].
- _____ (2007), "Estimates of maternal mortality worldwide between 1990 and 2005: an assessment of available data" [en línea], *The Lancet*, vol. <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673607615724> [22 de febrero de 2016].
- Hill, K., Stanton, C., and Gupta, N. (2001), "Measuring maternal mortality from a census: guidelines for potential users", *MEASURE Evaluation Manual Series*, N° 4, Chapel Hill, North Carolina. Carolina Population Center, University of North Carolina at Chapel Hill.
- Moultrie, T. y otros (2013), *Tools for Demographic Estimation* [en línea], International Union for the Scientific Study of Population (IUSSP) <http://demographicestimation.iussp.org/content/get-pdf-book-website> [30 de junio de 2016].
- Naciones Unidas (2014), "Principios y recomendaciones para un sistema de estadísticas vitales. Revisión 3, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales", *Informes estadísticos, Serie M*, N° 19 (ST/ESA/STAT/SER.M/19/Rev.3), Nueva York. Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Estadística. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.13.XVII.10.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2005), *Mortalidad materna en 2005. Estimaciones elaboradas por la OMS, el UNICEF, el UNFPA y el Banco Mundial*, Ginebra, Organización Mundial de la Salud.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) (1995), *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud*, Washington DC, Organización Panamericana de la Salud.
- Ribotta, Bruno (2014), "Exactitud de la información sobre la causa básica de muerte en América Latina", trabajo presentado al VI Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población, Asociación Latinoamericana de Población (ALAP), del 12 al 15 de agosto de 2014 en Lima.
- Ruiz, M. (2013), "Estimación de la mortalidad materna sobre la base de la información censal: experiencias y perspectivas", *Notas de Población*, N° 97 (LC/G.2598-P), Santiago de Chile. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE)-División de Población de la CEPAL. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.13.II.G.14.
- Stanton, C. y otros (2001), "Every death counts: measurement of maternal mortality via a census" [en línea], *World Health Organization (WHO)* [http://www.who.int/bulletin/archives/79\(7\)657.pdf](http://www.who.int/bulletin/archives/79(7)657.pdf) [19 de febrero de 2016].
- World Health Organization (WHO) (2015), *Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2015 Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division*, Geneva. World Health Organization.
- _____ (2014), *Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2013*. WHO, UNICEF, UNFPA, The World Bank and the United Nations Population Division, Geneva. World Health Organization.

Anexos

Anexo I

Cuadro A.I.1
América Latina: resumen de información sobre preguntas utilizadas en las encuestas para estimar mortalidad materna indígena en países que habitualmente realizan Encuestas de Demografía y Salud^a

País	Rango etario	Preguntas sobre sobrevivencia de las hermanas	Identificación étnica
Argentina Encuesta Nacional sobre Salud Sexual y Reproductiva 2013	14 a 49 años	No	No
Bolivia (Est. Plur. de) Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2008	15 a 49 años	Cuestionario individual de la mujer ¿(NOMBRE) murió durante el embarazo? ¿Murió (NOMBRE) durante el parto, cesárea, aborto o nacido muerto? ¿Murió (NOMBRE) antes de que se cumplieran dos meses después del parto, cesárea aborto o nacido muerto? ¿Fue su muerte debido a complicaciones del embarazo, cesárea, aborto, parto, postparto o de otra causa?	Cuestionario individual de la mujer ¿Se considera perteneciente a algún pueblo indígena / originario como quechua, aymara, guaraní u otro?
Brasil Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher 2006	15 a 49 años	No	Questionário da Mulher Se você tiver que classificar a sua cor em branca, preta, parda, amarela ou indígena, como se classificaria?
Colombia Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2010	13 a 49 años	No	Cuestionario del hogar De acuerdo con su cultura, pueblo o rasgos físicos, (NOMBRE) es o se reconoce como: 1. Indígena
Costa Rica Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2010	15 a 80 años	No	No
Cuba Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados 2014	15 a 49 años	No	NA
Ecuador Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2012	12 a 49 años	Cuestionario individual de la mujer ¿Murió (...) ¿Cuándo estaba embarazada? ¿Durante el parto? ¿Durante un aborto? ¿Dentro de las 6 semanas después de terminado un embarazo? ¿Después de un aborto? ¿En otro momento?	Cuestionario del hogar ¿Cómo se identifica (...) según su cultura y costumbres: 1. Indígena?

Cuadro A.I.1 (continuación)

País	Rango etario	Preguntas sobre sobrevivencia de las hermanas	Identificación étnica
El Salvador Encuesta Nacional de Salud de Indicadores Múltiples por Conglomerados ENS 2014	15 a 49 años	No	Cuestionario del hogar ¿Usted o alguna persona de este hogar es o descende de un pueblo indígena (pueblo originario)? ¿De qué pueblo indígena (originario) descende?
Guatemala VI Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil ENSMI 2014-2015	15 a 49 años	Cuestionario individual de la mujer ¿Estaba (NOMBRE) embarazada cuando murió? ¿Murió (NOMBRE) durante el parto, cesárea, aborto o nacido muerto? ¿Murió (NOMBRE) en los dos meses siguientes después de un parto, cesárea, aborto o nacido muerto? ¿Fue su muerte debido a complicaciones del embarazo, cesárea, aborto, parto, posparto o de otra causa?	Cuestionario individual de la mujer ¿Usted en qué idioma aprendió a hablar? ¿Usó habitualmente qué idioma (lengua) habla en su casa? ¿Algún miembro del hogar habla otro idioma? ¿Qué idioma es? Usted ¿cómo se considera: maya, ladina/mestiza, garífuna, xinca o de otra etnia? Usted, ¿a qué comunidad lingüística Maya pertenece? Usted, ¿cómo se considera indígena o no indígena? NA
Haití Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services EMMUS-V 2012 ^b	15 a 49 años	No	NA
Haití Enquête mortalité, morbidité et utilisation des services EMMUS-IV 2005-2006	15 a 49 años	Cuestionario individual de la mujer (NOM) était-elle enceinte quand elle est décédée? Est-ce que (NOM) est décédée au cours d'un accouchement? Est-ce que (NOM) est décédée dans les deux mois suivant la fin d'une grossesse ou d'un accouchement? À combien d'enfants vivants (NOM) a-t-elle donné naissance au cours de sa vie?	NA
Honduras Encuesta Nacional de Demografía y Salud ENDESA 2011-2012 Honduras Encuesta Nacional de Epidemiología y Salud Familiar 1996 ^c	15 a 49 años	No Cuestionario individual de la mujer ¿Ella (NOMBRE) murió cuando... (LEER) 1. estaba embarazada? 2. durante un parto? 3. durante un aborto? 4. dentro de las seis semanas después de terminar un embarazo? 5. en otro momento?	Cuestionario individual de la mujer ¿A cuál de los siguientes grupos étnicos se considera usted que pertenece? No

Cuadro A.1.1 (continuación)

País	Rango etario	Preguntas sobre sobrevivencia de las hermanas	Identificación étnica
México Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2014	15 a 54 años	No	Cuestionario del hogar ¿(NOMBRE) habla algún dialecto o lengua indígena? ¿Qué dialecto o lengua indígena habla (NOMBRE)? ¿(NOMBRE) se considera indígena, de acuerdo con sus tradiciones o costumbres? Cuestionario individual de la mujer Usted, se considera perteneciente a un pueblo indígena o a una etnia, tal como: 1. Rama. 2. Garífuna. 3. Mayangna-Sumu. 4. Miskitu. 5. Ulwa. 6. Creole (kriol). 7. Mestizo de la Costa Caribe. 8. Xiu-Sutiava. 9. Nahoan. 10. Chorotega-Nahua-Mange. 11. Cacaopera-Matagalpa. 12. Ninguna / No Pertenece a una etnia específica. 96. Otro (Especifique) No
Nicaragua Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud ENDESA 2011	15 a 49 años	No	Cuestionario individual de la mujer Usted, se considera perteneciente a un pueblo indígena o a una etnia, tal como: 1. Rama. 2. Garífuna. 3. Mayangna-Sumu. 4. Miskitu. 5. Ulwa. 6. Creole (kriol). 7. Mestizo de la Costa Caribe. 8. Xiu-Sutiava. 9. Nahoan. 10. Chorotega-Nahua-Mange. 11. Cacaopera-Matagalpa. 12. Ninguna / No Pertenece a una etnia específica. 96. Otro (Especifique) No
Nicaragua Encuesta Nacional sobre Salud Familiar ENSAFA 1992 ^d	15 a 49 años	Cuestionario individual de la mujer ¿(NOMBRE) murió durante un embarazo o un parto? ¿(NOMBRE) murió dentro de las seis semanas siguientes al parto o dentro de las seis semanas después de finalizar el embarazo? No	Cuestionario individual de la mujer ¿A qué grupo étnico ó racial pertenece? 1. Kuna Yala. 2. Ngöbe Bugle. 3. Emberá Wounaan. 4. Emberá. 5. Naso o Teribe. 6. Bri Bri. 7. Bokota. 8. No indígena ¿Habla /hablaba Ud. o sus padres alguna lengua indígena? ¿Cuál?
Panamá Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (ENASSER) 2009	15 a 49 años	No	Cuestionario individual de la mujer ¿A qué grupo étnico ó racial pertenece? 1. Kuna Yala. 2. Ngöbe Bugle. 3. Emberá Wounaan. 4. Emberá. 5. Naso o Teribe. 6. Bri Bri. 7. Bokota. 8. No indígena ¿Habla /hablaba Ud. o sus padres alguna lengua indígena? ¿Cuál?
Paraguay Encuesta Nacional de Demografía y Salud Sexual y Reproductiva 2008	15 a 44 años	No	Cuestionario individual de la mujer ¿Qué idioma hablan habitualmente la mayoría de los miembros de este hogar? ¿Puedes hablar y entender guaraní?
Paraguay Encuesta Nacional de Demografía y Salud Reproductiva 1995-1996 ^e	15 a 49 años	Cuestionario individual de la mujer ¿Estuvo (NOMBRE) embarazada alguna vez? ¿Murió (NOMBRE) cuando estaba embarazada, durante el parto o pérdida, o dentro de las seis semanas después de terminar un embarazo (durante el puerperio, cuarentena)? ¿Murió (NOMBRE) durante el embarazo, el parto o después del parto?	Cuestionario individual de la mujer ¿Qué idioma hablan habitualmente la mayoría de los miembros de este hogar?
Perú Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES 2014	15 a 49 años	Cuestionario individual de la mujer ¿Estaba (NOMBRE) embarazada cuando murió? ¿Murió (NOMBRE) durante el parto de su hijo? ¿Murió (NOMBRE) en los dos meses siguientes de interrumpir un embarazo o de terminar un parto? ¿Fue su muerte debido a complicaciones de un embarazo, de un aborto o de un parto?	Cuestionario individual de la mujer ¿Cuál es el idioma o lengua materna que aprendió en su niñez? ¿Cuál es el idioma o lengua materna de su madre? ¿Cuál es el idioma o lengua materna de su padre? ¿Qué idioma o dialecto hablan habitualmente en su hogar?

Cuadro A.I.1 (conclusión)

País	Rango etario	Preguntas sobre sobrevivencia de las hermanas	Identificación étnica
Rep. Dominicana Encuesta Demográfica y de Salud 2013	15 a 49 años	No	NA
Rep. Dominicana Encuesta Demográfica y de Salud 2007	15 a 49 años	Cuestionario individual de la mujer ¿Estaba (NOMBRE) embarazada cuando murió? ¿Murió (NOMBRE) durante el parto de su hijo? ¿Murió (NOMBRE) en los dos meses siguientes de interrumpir un embarazo o de terminar un parto? ¿Fue su muerte debido a complicaciones de un embarazo, de un aborto o de un parto?	NA
Uruguay Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados 2013	15 a 49 años	No	Cuestionario del Hogar El jefe/la jefa de hogar, ¿cree tener ascendencia? ¿Cuál considera la ascendencia principal del jefe de hogar?
Venezuela (Rep. Bol. de) Encuesta Demográfica de Venezuela (ENDEVE) 2010	15 a 49 años	No	Cuestionario individual de la mujer ¿Usted se reconoce como: Indígena?

Fuente: Elaboración propia sobre la base de las Encuestas de Demografía y Salud (DHS), Encuestas de Salud Reproductiva (RHS), Encuestas de Indicadores Múltiples por Conglomerados (MICS) y otras Encuestas de Salud Sexual y Reproductiva realizadas sistemáticamente en los países.

^a La abreviatura NA se utiliza cuando el país no cuenta con población indígena.

^b La última Encuesta de Demografía y Salud (DHS) de Haití se realizó en el año 2016 e incluye un módulo de Mortalidad Materna. No se presenta en el Anexo A.I.1 porque hasta la fecha no se han publicado los resultados.

^c Se muestra como un ejemplo que incluyó las preguntas de sobrevivencia de las hermanas, sin embargo en Honduras se realizaron otras más recientes como la Encuesta Nacional de Epidemiología y Salud Familiar ENESF 2001 y la Encuesta Nacional de Demografía y Salud ENDESA 2005-2006.

^d Se muestra como un ejemplo que incluyó las preguntas de sobrevivencia de las hermanas, sin embargo se realizaron otras como la Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud ENDESA 2001 y la ENDESA 2006.

^e Se muestra como un ejemplo que incluyó las preguntas de sobrevivencia de las hermanas, sin embargo en Paraguay se realizó la Encuesta Nacional de Demografía y Salud

Anexo II

Cuadro A.II.1
América Latina: resumen de información de defunciones en el hogar y autoidentificación étnica, últimos censos^a

País	Defunciones en el hogar	Antecedente obstétrico (defunciones de mujeres en edad fértil)	Nacimientos último año	Autoidentificación étnica	Criterio complementario de autoidentificación étnica
Argentina, 2010	No	No	Cuestionario ampliado ¿Cuál es la fecha de nacimiento de su último hijo o hija nacida/viva?	H: Alguna persona de este hogar es indígena o descendiente de pueblos indígenas (originarios o aborígenes)? Si, indique cuál pueblo. No	No
Bolivia (Est. Plur. de), 2012	H: De enero a diciembre del año pasado, ¿murió alguna persona que vivía con ustedes en este hogar? Si, ¿Cuántas personas? Nombre de la persona ¿Qué edad tenía al morir? La persona era: hombre o mujer. No	H: Si era mujer de 15 años o más de edad, murió por alguna causa relacionada con... el embarazo, el parto, el sobreparto (hasta 2 meses después del parto), otra causa. No	¿En qué mes y año nació su última hija o hijo nacido vivo?	P: Como boliviana o boliviano, ¿pertenece a alguna nación o pueblo indígena originario campesino o afro boliviano? Si, ¿a cuál?	P: ¿Cuál es el primer idioma en que aprendió a hablar en su niñez? ¿Qué idiomas habla?
Brasil, 2010	H: ¿De agosto de 2009 a julio de 2010, falleció alguna persona que vivía con ustedes? (incluyendo niños recién nacidos y ancianos) Nombre, mes y año de fallecimiento, sexo, edad al morir. No	No	Cuestionario ampliado ¿Cuál es el mes y año de nacimiento de su último(a) hijo(a) nacido(a) vivo(a) hasta el 31 de julio de 2010?	P: ¿Usted se considera indígena? ¿Cuál es su etnia o a qué pueblo pertenece?	P: ¿Habla lengua indígena en su vivienda? (considere también el uso de lenguaje de señas) ¿Cuáles? (registre hasta dos lenguas) ¿Habla portugués en su vivienda?
Chile, 2002 ^b	No	No	¿Cuándo nació su último hijo/a nacido vivo?	P: ¿Pertenece usted a alguno de los siguientes pueblos originarios o indígenas?	No
Colombia, 2005	H: ¿Cuántas personas que eran miembros de este hogar han fallecido en los últimos doce meses? Sexo. Edad al morir. ¿Se hizo certificado de defunción? No	No	¿En qué año y en qué mes tuvo ... su último hijo(a) nacido(a) vivo(a)?	P: ¿De acuerdo a su cultura, pueblo o rasgos físicos... es o se reconoce como: indígena? ¿A cuál pueblo indígena pertenece?	P: ¿Habla... la lengua de su pueblo?
Costa Rica, 2011	No	No	No	P: ¿(nombre) se considera indígena? ¿A qué pueblo indígena pertenece (nombre)?	P: ¿Habla (nombre) alguna lengua indígena?
Cuba, 2012	No	No	No	NA	NA

Cuadro A.II.1 (continuación)

País	Defunciones en el hogar	Antecedente obstétrico (defunciones de mujeres en edad fértil)	Nacimientos último año	Autoidentificación étnica	Criterio complementario de autoidentificación étnica
Ecuador, 2010	No	No	¿En qué año y mes tuvo (...) su último hijo o hija nacido vivo?	P: ¿Cómo se identifica (...) según su cultura y costumbres: indígena? ¿Cuál es la Nacionalidad o Pueblo indígena al que pertenece (...)?	P: ¿El papá y la mamá de (...), que idioma(s) o lengua(s) habla(ba) habitualmente: indígena? ¿Qué idioma(s) o lengua(s) habla (...): indígena? ¿Cuál es el idioma o lengua indígena que habla (...)?
El Salvador, 2007	H: Durante los últimos 12 meses, ¿falleció alguna persona de este hogar? Sí, ¿Cuántas personas? Edad al morir, sexo.	H: Para mujeres fallecidas de 12 a 49 años. Murió durante: el embarazo, dando a luz, a los 40 días después del parto, otra causa.	¿En qué fecha nació su último hijo o hija?	P: ¿Es usted? Si usted es indígena ¿a cuál grupo pertenece?	P: ¿Habla usted otro idioma además del español?
Guatemala, 2002	No	No	¿En qué fecha nació su última hija o hijo nacido vivo?	P: ¿Es indígena? ¿A qué grupo étnico (pueblo) pertenece?	P: ¿Cuál es el idioma o lengua en que aprendió a hablar? ¿Qué otros idiomas o lenguas habla?
Haití, 2003 ^c	H: ¿En el curso del período de ... 2001 a ... 2002 ha(n) habido algún(os) fallecimiento(s) dentro del hogar? Sí, ¿Cuántos? Nombre, sexo y edad a la muerte.	No	¿Cuál es la fecha de nacimiento de su último hijo nacido vivo?	NA	NA
Honduras, 2012	H: Incluyendo a los niños, niñas, ancianos y ancianas. Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2012 ¿murió alguna persona que pertenecía a este hogar? Si, ¿Cuántas personas? Nombre, sexo, edad al morir. ¿Registró el fallecimiento en el Registro Nacional de Personas?	H: Si la persona fallecida era mujer de entre 12 y 49 años, indique si murió: en el embarazo, en el parto, en los 2 meses después del parto, por otra causa.	¿En qué fecha nació su último hijo o hija nacido vivo?	P: ¿Cómo se autoidentifica (nombre)? ¿A qué pueblo pertenece (nombre)?	No
México, 2010	No	No	Cuestionario ampliado ¿En qué mes y año nació la última hija o hijo nacido vivo de (NOMBRE)?	P: De acuerdo con la cultura de (nombre), ¿ella (él) se considera indígena?	P: ¿(nombre) habla algún dialecto o lengua indígena? ¿Qué dialecto o lengua indígena habla (nombre)? ¿(nombre) habla también español? ¿(nombre) entiende alguna lengua indígena?

Cuadro A.II.1 (continuación)

País	Defunciones en el hogar	Antecedente obstétrico (defunciones de mujeres en edad fértil)	Nacimientos último año	Autoidentificación étnica	Criterio complementario de autoidentificación étnica
Nicaragua, 2005	H: Del 1 de enero de 2004 hasta el momento, ¿falleció alguna persona que era miembro de este hogar? Si, ¿Cuántas? ¿En qué fecha falleció? ¿Qué edad tenía (...) al morir? ¿(...) era varón o mujer? ¿Obtuvieron certificado de defunción por parte del MINSA para (...)?) ¿Inscribieron la defunción de (...) en el Registro Civil?	H: Sólo para mujeres fallecidas de 12 a 54 años: (...) murió durante: un embarazo, un parto, los 40 días después del parto, otro momento.	¿En qué fecha nació el último hijo o hija nacido vivo de [...]?	P: ¿(...) se considera perteneciente a un pueblo indígena o a una etnia? A cuál de los siguientes pueblos indígenas o etnias pertenece (...):	P: ¿(...) habla la lengua o el idioma del pueblo indígena o etnia a la que pertenece?
Panamá, 2010	No	No	¿De sus hijos e hijas nacidos(as) vivos, tuvo alguno(a) en los últimos 12 meses? Si. Fecha de nacimiento	H: ¿Vive aquí alguna persona indígena?	P: ¿A qué grupo indígena pertenece?
Paraguay, 2012	H: En el año 2011 (de enero a diciembre de 2011), ¿murió alguna persona que vivía con ustedes? Nombre, mes de la defunción, edad, sexo.	H: Sólo para la mujeres de 12 a 49 años de edad: ¿Su muerte se produjo... estando embarazada?, durante el parto?, hasta dos meses después del parto?, en otro período u otra causa?	¿En qué fecha nació el último hijo, hija nacido vivo de... [Nombre]... ?	H: ¿De las personas que viven habitualmente en este hogar, alguna se considera indígena o perteneciente a una etnia (pueblo) indígena? Nombre y apellido. Anote la etnia (pueblo) a la cual pertenece.	H: Para hablar entre si las personas de este hogar utilizan preferentemente ... (especificando en el caso de lenguas indígenas) P: ¿Qué idiomas o lenguas habla (nombre)? (se pueden registrar hasta 3 idiomas, especificando en el caso de lenguas indígenas)
Perú, 2007	No	No	¿En qué mes y año nació su último hijo o hija nacido vivo?	P: El idioma o lengua con el que aprendió a hablar fue:	No
Rep. Dominicana, 2010 ^d	H: Incluyendo recién nacidos y ancianos ¿alguna persona que pertenecía a este hogar falleció en 2009, es decir entre el 1 de enero y 31 de diciembre de 2009? Nombre, sexo. ¿En qué fecha murió (nombre)? Edad al morir.	No	¿En qué mes y en qué año nació la última hija o el último hijo nacido vivo de (NOMBRE)?	NA	NA

Cuadro A.II.1 (conclusión)

País	Defunciones en el hogar	Antecedente obstétrico (defunciones de mujeres en edad fértil)	Nacimientos último año	Autoidentificación étnica	Criterio complementario de autoidentificación étnica
Uruguay, 2011	No	No	¿Cuál es la fecha de nacimiento de su último hijo o hija?	P: ¿Cree tener ascendencia... indígena? ¿Cuál considera la principal?	No
Venezuela (Rep. Bol. de), 2011	No	No	¿En qué mes y año nació su último hijo o hija nacido(a) vivo(a)?	P: ¿Pertenece a algún pueblo indígena o etnia? Sí. ¿Cuál?	P: Qué idioma(s) habla: El idioma de su pueblo indígena o etnia. ¿Sabe leer y escribir el idioma del pueblo indígena o etnia al cual pertenece?

Fuente: Elaboración propia sobre la base de las boletas censales.

^a Las casillas que empiezan con H indican que la pregunta se realizó a nivel hogar y las que comienzan con P que la consulta se realizó a nivel persona. La abreviatura NA se utiliza cuando el país no cuenta con población indígena.

^b Fecha correspondiente al último censo oficial. El censo de 2012 tuvo problemas de cobertura, calidad y heterogeneidad que según el concepto final del INE "impiden que la información levantada durante 2012 cumpla con los estándares de calidad mínimos para ser considerada información oficial de un censo" (Auditoría técnica a la base de datos del levantamiento censal año 2012, INE Chile, septiembre de 2014, pág. 6).

^c En la boleta preliminar del próximo censo de Haití se incluye la consulta referente al antecedente obstétrico de las defunciones de mujeres en edad fértil.

^d En el censo de población y viviendas 2002 de la República Dominicana, a las personas de 15 años y más, se les realiza una batería de preguntas para estimar indicadores de mortalidad materna por el método de sobrevivencia de las hermanas.

Anexo III

Cuadro A.III.1
América Latina: resumen de información de defunciones femeninas con antecedente obstétrico e identificación étnica de nacidos vivos en las estadísticas vitales^a

País	Rango etario	Defunción		Nacimiento
		Antecedente obstétrico	Identificación étnica de la fallecida	
Argentina	10 a 59 años	¿Estuvo embarazada en los últimos doce meses? Si, ¿cuál fue la fecha de terminación de ese embarazo?	No	No
Bolivia (Est. Plur. de), 2003	10 a 59 años	¿Estaba embarazada en el momento de morir o 12 meses antes de la muerte?	No	ND
Brasil, 2010	No especificado	La muerte ocurrió 1. En el embarazo. 2. En el parto. 3. En el aborto. 4. Hasta 42 días después del parto. 5. De 43 días a 1 año después del parto. 8. No ocurrió en estos períodos. 9. Ignorado.	Raza/color: 5. Indígena.	No
Chile, 2007	No	No	No	No
Colombia, 2007	10 a 54 años	¿Estaba embarazada cuando falleció? ¿Estuvo embarazada en las últimas 6 semanas? ¿Estuvo embarazada en los últimos 12 meses?	De acuerdo con la cultura, pueblo o rasgos físicos, el fallecido era o se reconocía como: 1. Indígena ¿A cuál pueblo indígena pertenecía?	De acuerdo con la cultura, pueblo o rasgos físicos, el nacido vivo es reconocido por sus padres como: 1. Indígena ¿A cuál pueblo indígena pertenece?
Costa Rica	No	No	No	No
Cuba	10 a 54 años	¿En los doce meses antes de la defunción tuvo un embarazo? El embarazo terminó en: 1. Aborto. 2. parto por cesárea. 3. parto transpelviano. 4. murió estando embarazada. 9. Ignorado.	NA	NA
Ecuador, 2015	10 a 49 años	En el caso de que la defunción corresponda a una MUJER en edad fértil (10 a 49 años), marque el período en el que ocurrió la muerte: Embarazo, Parto, Puerperio (hasta 42 días), Entre 43 días y 11 meses después del parto o aborto, No estuvo embarazada durante los 11 meses previo a la muerte. Si la persona fallecida es una mujer entre 10-54 años investigar si estaba embarazada:	De acuerdo con la cultura y costumbres, ¿cómo se autoidentificaba el fallecido(a)? 1. Indígena.	Madre: De acuerdo con la cultura y costumbres, como se autoidentifica la madre del nacido vivo 1. Indígena.
El Salvador, 2013	10 a 54 años	Si la persona fallecida es una mujer entre 10-54 años investigar si estaba embarazada:	No	No
Guatemala	10 a 54 años	Estaba embarazada cuando falleció: Si, anote semanas de gestación. Murió: 1. Antes de la terminación del embarazo. 2. Dentro de 48 horas después de la terminación del embarazo. 3. Dentro de 42 días siguientes a la terminación del embarazo y 4. Antes de cumplir los 12 meses después de la terminación del embarazo.	A qué pueblo pertenece: 1. Maya. 2. Garífuna. 3. Xinca. 4. Mestizo Ladino. 5. Otro. 9. Ignorado.	Madre: Pueblo de pertenencia: 1. Maya. 2. Garífuna. 3. Xinca. 4. Mestizo Ladino. 5. Otro. Padre: Pueblo de pertenencia: 1. Maya. 2. Garífuna. 3. Xinca. 4. Mestizo Ladino. 5. Otro.

Cuadro A.III.1 (continuación)

País	Rango etario	Defunción		Nacimiento
		Antecedente obstétrico	Identificación étnica de la fallecida	
Haití	No	Muerte materna: Sí. No	NA	NA
Honduras	No especificado	Si es mujer, especifique: 1. Si la muerte ocurrió durante el embarazo. 2. Si la muerte ocurrió durante el parto. 3. Si la muerte ocurrió hasta 42 días después del parto (puerperio). 4. Si la muerte ocurrió de 42 a 365 días después del fin del embarazo. 5. No estuvo embarazada en el último año.	Grupo poblacional (etnia) al que pertenece: 1. Garífuna. 2. Negro Inglés. 3. Tolupán. 4. Pech (Paya). 5. Misquito. 6. Lenca. 7. Tawahka (Sumo). 8. Chortí. 9. Otro. 10. Ninguno. 11. No sabe/No responde.	ND
México, 2015 y 2014	10 a 54 años	Si la defunción corresponde a una mujer de 10 a 54 años. Especifique si la muerte ocurrió durante: 1. El embarazo. 2. El parto. 3. El puerperio. 4. 43 días a 11 meses después del parto o aborto. 5. No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte. ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?	¿Habla alguna lengua indígena?	Madre: ¿Se considera indígena? ¿Habla alguna lengua indígena? ¿Cuál lengua indígena habla?
Nicaragua	No especificado	Si es mujer mayor especificar si ocurrió durante: 1. Embarazo. 2. Parto. 3. Puerperio. 4. Otro. 5. Ignorado.	Etnia	Madre: Etnia
Panamá, 2009	No especificado	Si era mujer, ¿estuvo embarazada los últimos 42 días? ¿los últimos 12 meses? La mujer presentó: a. Hemorragia. b. Convulsiones. c. Fiebre. d. Otro. (Antes del parto/aborto, durante el parto/aborto, después del parto/aborto). ¿Esta defunción estuvo asociada a un embarazo?	No	No
Paraguay	10 a 49 años	¿Estaba embarazada cuando falleció? ¿Estuvo embarazada en las últimas 6 semanas? ¿Estuvo embarazada en los últimos 12 meses?	Etnia: 2. Aplica. Especificar.	Etnia: 2. Aplica. Especificar.
Perú, 2005	No especificado	Muerte de mujeres asociada a gestación, parto y puerperio. Durante: 1. Embarazo. 2. Parto. 3. En el puerperio (hasta 42 días). 4. Defunción materna tardía (43 días - 364 días). 9. Ignorado. Edad gestacional (22 semanas y más).	No	No
Rep. Dominicana, 2016	10 a 49 años	Si la persona fallecida es una mujer de 10 a 54 años, especifique si la muerte ocurrió durante: 1. El embarazo. 2. El parto. 3. Puerperio (0 a 42 días después del parto o aborto). 4. Los 43 días a 11 meses después del parto o aborto. 5. No estuvo embarazada durante los 11 meses previos a la muerte. 9. Ignorado.	NA	NA

Cuadro A.III.1 (conclusión)

		Defunción		Nacimiento	
Pais	Rango etario	Antecedente obstétrico	Identificación étnica de la fallecida	Identificación étnica del nacido vivo	
Uruguay	10 a 49 años	Llenar únicamente en caso de fallecimiento de una mujer de 10 a 49 años. 1. No vinculado a embarazo. 2. Falleció durante el embarazo. 3. Falleció en los 42 días siguientes al fin del embarazo. 4. Falleció entre los 43 días y el año después de un embarazo. 5. Se desconoce.	Etnia: Americana/Indígena.	Madre: Ascendencia: Americana o indígena. Padre: Ascendencia: Americana o indígena.	
Venezuela (Rep. Bol. de), 2012	No especificado	Muerte mujeres en edad fértil: Presencia de embarazo. 1. Al momento de la muerte. 2. En los últimos 12 meses. 3. No. 4. Ignorado.	Pertenecía a alguna etnia o pueblo indígena. Si. ¿Cuál?	Madre: ¿Pertenece usted a alguna Etnia o Pueblo Indígena? Si. ¿Cuál? ¿Habla usted el idioma de esa Etnia o Pueblo Indígena? Padre: ¿Pertenece usted a alguna Etnia o Pueblo Indígena? Si. ¿Cuál? ¿Habla usted el idioma de esa Etnia o Pueblo Indígena?	

Fuente: Elaboración propia sobre la base de los certificados de nacimiento y defunción vigentes disponibles.

^a La abreviatura ND se utiliza cuando no fue posible contar con el formulario y la abreviatura NA cuando el país no cuenta con población indígena.

Anexo IV

Glosario⁶

Defunción materna (CIE-10)

La defunción materna se define como la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente del sitio y de la duración del mismo, debida a cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales.

Defunción maternal tardía (CIE-10)

Una defunción materna tardía es la muerte de una mujer por causas obstétricas directas o indirectas después de los 42 días post parto, pero antes de 1 año de la terminación del embarazo.

Defunción por causas obstétricas directas (CIE-10)

Son las que resultan de complicaciones obstétricas del embarazo (Prenatal, parto y puerperio), de intervenciones, de omisiones, de tratamiento incorrecto, o de una cadena de acontecimientos originadas en cualquiera de las circunstancias mencionadas.

Defunción por causas obstétricas indirectas (CIE-10)

Son las que resultan de una enfermedad existente desde antes del embarazo o de una enfermedad que evoluciona durante el mismo, no debidas a causas obstétricas directas pero si agravadas por los efectos fisiológicos del embarazo. Dada la alta frecuencia en El Salvador de las intoxicaciones autoinflingidas durante el estado grávido y comprobándose a través de la autopsia verbal que el suicidio ocurrió a causas del embarazo, se decidió incluirlas en la categoría de Causas Obstétricas Indirectas, por recomendación del Equipo de consultores del CDC de Atlanta y de OPS/OMS Washington.

Defunción por causas no relacionadas

No se considera en la Clasificación Internacional de Enfermedades. Esta resulta de la defunción de mujeres embarazadas por causas violentas o autoinflingidas es decir defunción materna por causas no obstétricas directas o patologías asociadas.

⁶ Organización Panamericana de la Salud. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y problemas relacionados con la salud.



NACIONES UNIDAS

Serie

CEPAL

Población y Desarrollo

Números publicados

Un listado completo así como los archivos pdf están disponibles en

www.cepal.org/publicaciones

118. Mortalidad materna en pueblos indígenas y fuentes de datos. Alcances y desafíos para su medición en países de América Latina. Lina Márquez, Amalia Plana y María Cecilia Villarroel. (LC/TS.2017.68) 2017.
117. Reproducción temprana: diferencias entre grandes regiones del mundo al inicio y al final de la adolescencia. Jorge Rodríguez Vignoli, Mariachiara Di Cesare y Katherine Páez. (LC/TS.2017.xx) 2017.
116. Reproducción en la adolescencia en Chile: la desigualdad continúa y las políticas activas urgen. Jorge Rodríguez Vignoli, Katherine Páez, Consuelo Ulloa y León Cox. (LC/TS.2017.22) 2017.
115. Trends in adolescent motherhood and fertility and related inequalities in the Caribbean. 1990-2010. Valerie E. Nam. (LC/L.4212) 2016.
114. Nuevas tendencias y dinámicas migratorias en América Latina y el Caribe. Jorge Martínez Pizarro y Cristián Orrego Rivera (LC/L.4164) 2015.
113. La mortalidad materna: ¿por qué difieren las mediciones externas de las cifras de los países? Magda Ruiz Salguero, Lina Márquez y Tim Miller (LC/L.4102) 2015.
112. Políticas públicas en América Latina para la reducción de la mortalidad materna 2009-2014. Alejandra Burgos Bizama (LC/L.4096) 2015.
111. Hacia la armonización de las estimaciones de mortalidad materna en América Latina. Actualización y ampliación a los 20 países de la región. Magda Ruiz Salguero, Tim Miller, Lina Márquez y María Cecilia Villarroel (LC/L.4095) 2015.
110. Migración internacional y envejecimiento demográfico en un contexto de migración Sur-Sur: el caso de Costa Rica y Nicaragua. Leandro Reboiras (LC/L.4092) 2015.
109. Tendencias y patrones de la migración latinoamericana y caribeña hacia 2010 y desafíos para una agenda regional. Jorge Martínez Pizarro, Verónica Cano Christiny y Magdalena Soffia Contrucci (LC/L.3914) 2014.
108. Hacia la armonización de las estimaciones de mortalidad materna en América Latina: hallazgos de un estudio piloto en ocho países. María Isabel Cobos. Tim Miller y Magda Ruiz Salguero (LC/L.3735) 2013.
107. Reproducción temprana en Centroamérica: escenarios emergentes y desafíos. Jorge Rodríguez Vignoli (LC/L.3636) 2013.
106. Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo: Avances en América Latina 2009-2011. Katherine Páez (LC/L.3508) 2012.
105. Migración interna y sistema de ciudades en América Latina: intensidad patrones efectos y potenciales determinantes censos de la década de 2000. Jorge Rodríguez Vignoli (LC/L.3351) (US\$ 10.00) 2011.
104. La crisis actual y la salud. Álvaro Franco Giraldo (LC/L.3318-P) N° de venta: S.11.II.G.37 (US\$ 10.00) 2011.
103. Las personas con discapacidad en América Latina: del reconocimiento jurídico a la desigualdad real. María Fernanda Stang Alva (LC/L.3315-P) N° de venta: S.11.II.G.33 (US\$ 10.00) 2011.
102. La transición de la salud sexual y reproductiva en América Latina. 15 años después de El Cairo-1994. Laura Rodríguez Wong e Ignez H. O. Perpétuo (LC/L.3314-P) N° de venta: S.11.II.G.32 (US\$ 10.00) 2011
101. Evaluación de la experiencia censal reciente sobre vivienda y hogar. Camilo Arriagada Luco (LC/L.3312-P) N° de venta: S.11.II.G.30 (US\$ 10.00) 2011. 100. La protección de la salud en el marco de la dinámica demográfica y los derechos. Sandra Huenchuan (LC/L.3308-P) N° de venta: S.11.II.G.27 (US\$ 10.00) 2011.
100. La protección de la salud en el marco de la dinámica demográfica y los derechos, Sandra Huenchuan, (LC/L.3308-P), N° de venta: S.11.II.G.27 (US\$ 10.00), 2011.
99. Familia y nupcialidad en los censos latinoamericanos recientes: una realidad que desborda los datos, Magda Ruiz Salguero y Jorge Rodríguez Vignoli, (LC/L.3293-P), N° de venta: S.11.II.G.15 (US\$ 10.00), 2011.
98. Viejos y nuevos asuntos en las estimaciones de la migración internacional en América Latina y el Caribe, Laura Calvelo, (LC/L.3290-P), N° de venta: S.11.II.G.12 (US\$ 10.00), 2011.

POBLACIÓN
Y

DESARROLLO

118

POBLACIÓN
Y

DESARROLLO

POBLACIÓN Y DESARROLLO

Series

CEPAL

COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE
ECONOMIC COMMISSION FOR LATIN AMERICA AND THE CARIBBEAN
www.cepal.org