

Mortalidad materna en Brasil y Cuba: estudio comparativo

Maternal mortality in Brazil and Cuba: comparative study

Arelys Esquenazi Borrego^{1*} <https://orcid.org/0000-0002-9366-8688>

Edineia Figueira dos Anjos Oliveira¹ <https://orcid.org/0000-0002-4138-0842>

Leila Marchezi Tavares Menandro¹ <https://orcid.org/0000-0002-9256-7535>

Silvia Odriozola Guitart¹ <https://orcid.org/0000-0003-2820-1202>

Olga Pérez Soto² <https://orcid.org/0000-0002-1542-7678>

Maria Lucia Teixeira Garcia¹ <https://orcid.org/0000-0003-2672-9310>

Rodrigo Emmanuel Santana Borges¹ <https://orcid.org/0000-0003-2076-1424>

Laura Galeano Zaldívar² <https://orcid.org/0000-0002-0690-0216>

¹Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Vitória - Brasil.

²Universidad de La Habana, Facultad de Economía. Cuba.

*Autor para la correspondencia: arelyseb@gmail.com

RESUMEN

Introducción: La mortalidad materna constituye un problema de salud pública a nivel internacional. Su comportamiento es expresión del funcionamiento integral de los sistemas de salud, así como, del avance de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres.

Objetivo: Comparar los indicadores de mortalidad materna de Brasil y Cuba en el periodo 2005-2017.

Métodos: La metodología implementada responde a un análisis de tipo documental. Se utilizaron como fuentes de información las principales bases de datos del Departamento de Informática del Sistema Único de Salud de Brasil, y los anuarios estadísticos publicados por el Ministerio de Salud Pública de Cuba y la Oficina Nacional de Estadística e Información.

Resultados: La meta sobre mortalidad materna dentro de los Objetivos de Desarrollo Sustentable es un requisito actualmente cumplido por los dos países. En Cuba, las cifras de la Razón de Mortalidad Materna se mantienen con valores

siempre inferiores a los del propio país en el año 2005; no obstante, a partir de 2013 muestran un comportamiento creciente. En Brasil, por su parte, son superiores a las de Cuba y nunca disminuyen en relación con el año 2005, y presentan una marcada tendencia creciente.

Conclusiones: Los programas de salud materna analizados para Brasil y Cuba muestran avances y desafíos diferenciados. El comportamiento de los indicadores analizados reafirma la necesidad de intensificar las acciones para la reducción de los óbitos maternos en los dos países, con más urgencia para Brasil.

Palabras clave: mortalidad materna; salud pública; salud materna; Brasil; Cuba.

ABSTRACT

Introduction: Maternal mortality is a public health problem at the international level. Its behavior is an expression of the comprehensive functioning of health systems, as well as the advancement of women's sexual and reproductive rights.

Objective: Compare the maternal mortality indicators of Brazil and Cuba in the period 2005-2017.

Methods: The implemented methodology responds to a documentary analysis. The main databases of the Department of Informatics of the Unified Health System of Brazil, and the statistical yearbooks published by the Ministry of Public Health of Cuba and the National Office of Statistics and Information were used as sources of information.

Results: The target on maternal mortality within the Sustainable Development Goals is a requirement currently met by both countries. In Cuba, the figures for the Maternal Mortality Ratio remain at values always lower than those of the country itself in 2005; however, as of 2013 they show an increasing behavior. In Brazil, on the other hand, they are higher than those of Cuba and never decrease in relation to 2005, and present a marked growing trend.

Conclusions: The maternal health programs analyzed for Brazil and Cuba show differentiated progress and challenges. The behavior of the indicators analyzed reaffirms the need to intensify actions to reduce maternal deaths in both countries, with more urgency for Brazil.

Keywords: Maternal mortality; public health; maternal health; Brazil; Cuba.

Recibido: 26/05/2020

Aceptado: 16/09/2020

Introducción

La mortalidad materna (MM) constituye un problema de salud pública a nivel internacional. Su comportamiento es expresión del funcionamiento integral de los sistemas de salud pública en los diferentes países. El análisis de la MM es

multifactorial; es síntesis y resultado de diversos elementos e indicadores del sistema de salud de una sociedad. Requiere tener en cuenta contextos y trayectorias de inversión social, traducidos en políticas sociales integrales y específicas en el sector de la salud. Las muertes maternas son expresión del carácter social presente en las formas de morir en los grupos humanos.⁽¹⁾ Dicho indicador también constituye un reflejo del avance de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres; así como, de la accesibilidad y la calidad en la atención de salud relacionadas con ellos.⁽²⁾

A nivel internacional el énfasis en los análisis de MM comienza a partir de los años ochenta, momento en que se producen cuestionamientos a los programas materno-infantiles tradicionales enfocados en la salud de los infantes y no en el bienestar de las mujeres.⁽³⁾ En este contexto, la MM alcanza mayor visibilidad en conferencias y agendas internacionales, ejemplo de ello son la incorporación de metas asociadas a la MM dentro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) y los Objetivos de Desarrollo Sustentable (ODS).^(4,5)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) reafirma la existencia de un comportamiento decreciente de la MM a nivel mundial.⁽⁶⁾ Sin embargo, puntualiza que estos constituyen avances insuficientes, incluso, en lo relacionado con el cumplimiento de las metas refrendadas en los ODM y ODS. Por ello, aun cuando en las últimas décadas se han alcanzado avances positivos en la reducción de la MM, persiste el hecho de que la mayoría de estas muertes son evitables.⁽⁷⁾

Adicionalmente, las cifras de MM a nivel mundial muestran un progreso marcadamente dispar. Es perceptible un patrón de desigualdades regionales, territoriales y socioeconómicas, expresado en los resultados más elevados de los “países en desarrollo”, identificados como los responsables del 94 % de las muertes maternas.⁽⁶⁾ Específicamente, los resultados de América Latina y el Caribe (ALC) muestran una tendencia decreciente de la razón de mortalidad materna (RMM); lo cual se concreta en una reducción entre los años 2000 al 2017 de un 22,6 %. La región alcanzó una RMM de 74 en 2017.⁽⁶⁾ Estas cifras reflejan el avance de ALC en comparación con otras regiones “en desarrollo”.

Brasil y Cuba son clasificados por los estándares de los organismos internacionales como “países en desarrollo”, de “medios-altos ingresos” y con un elevado índice de desarrollo humano (IDH).⁽⁸⁾ No obstante, más allá de estos puntos de contacto, existe un conjunto de diferencias esenciales que son resultado de las particularidades de cada país. Estas diferencias se evidencian a través de elementos asociados a la forma de organización de las relaciones sociales de producción, Brasil como país capitalista y Cuba como una experiencia de transición socialista; así como, los desdoblamientos que ello genera en función de las nociones de desarrollo asumidas, los fundamentos que articulan sus sistemas de protección social y los aspectos relacionados con la cobertura, acceso y financiamiento de las políticas sociales.⁽⁹⁾ También son desiguales las conquistas

en términos de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres en los dos países, lo que influye en que Brasil y Cuba muestren algunas realidades análogas, a la vez que se evidencian diferencias cuando se analizan los indicadores de la MM.

La principal motivación para la realización del presente estudio está determinada por su interrelación con el proyecto de investigación sobre “Desarrollo de la Primera Infancia”.^a A partir de la comprensión de que el desarrollo de la primera infancia no puede verse desligado de los resultados alcanzados en la salud infantil ni en los avances de salud materna, esta última área se configura como un importante campo de estudio en los distintos países que abarca el proyecto. El objetivo es comparar los indicadores de mortalidad materna de Brasil y Cuba en el periodo 2005-2017.

Esta investigación constituye una primera aproximación que permitirá, en futuros trabajos profundizar en el comportamiento de otros aspectos de la salud materna e infantil en los dos países seleccionados.

Métodos

Se trata de un análisis documental, a partir de bases de datos, informes y anuarios estadísticos de distintas instituciones de carácter internacional y nacional. Para Brasil se utilizó la base estadística del Departamento de Informática del Sistema Único de Salud (DATASUS). Todos los datos presentados para dicho país fueron compilados y calculados por los autores. A partir del sistema DATASUS/TABNET fue colectado directamente el número de óbitos maternos y de nacidos vivos por año; para lo que se consideraron las variables causa de las muertes maternas, región y raza/etnia.

Para Cuba, los datos fueron extraídos de los Anuarios Estadísticos de Salud publicados por el Ministerio de Salud Pública (MINSAP) y de los Anuarios Estadísticos de Cuba publicados por la Oficina Nacional de Estadística e Información (ONEI). Los autores solamente compilaron los datos, a excepción de las cifras regionales que sí fueron calculadas.^b

El periodo de análisis abarcó desde 2005 hasta el año 2017. La selección del periodo estuvo condicionada por la disponibilidad de datos estadísticos oficiales para los indicadores seleccionados en común para ambos países.

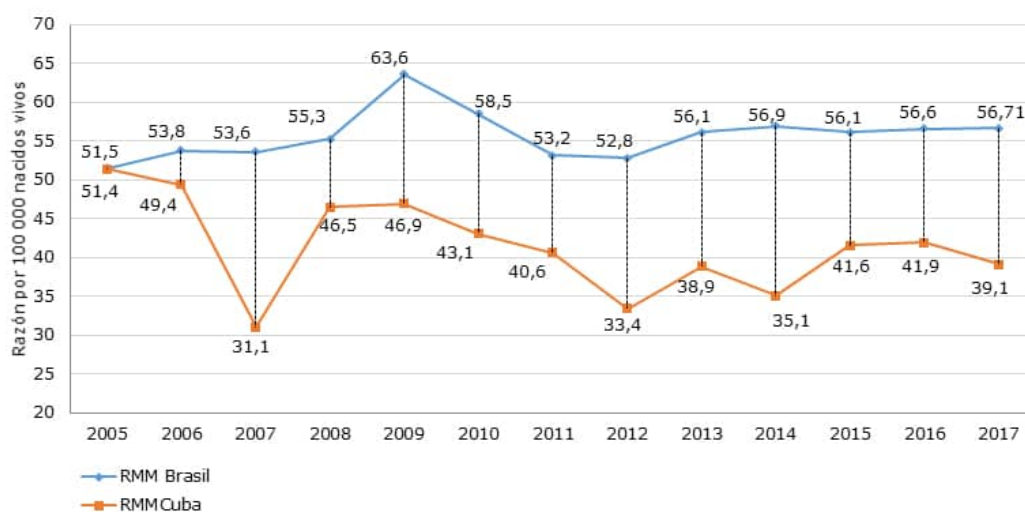
Los datos fueron organizados por medio del programa Excel, y presentados en forma de gráficos y tablas. Los indicadores de MM utilizados, fueron la razón de mortalidad materna (RMM): total, por causas directas e indirectas - según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) publicada en su décima edición, volumen 1, número 554 de la Organización Panamericana de la Salud

(PAHO por sus siglas en inglés) -, por territorios y según color de la piel. Datos secundarios referidos a la salud materna, sexual y reproductiva también fueron utilizados para ambos países.

Se realizó el análisis descriptivo de las series históricas 2005-2017 de cada indicador. Se finalizó el análisis en el año 2017 por ser el último año con datos disponibles en el sistema DATASUS/TABNET en el periodo de colecta de los datos (noviembre de 2019).

Resultados

El comportamiento de la RMM entre Cuba y Brasil difiere cuando se analizan los resultados para todo el periodo de estudio, la RMM muestra una tendencia decreciente para el caso de Cuba, mientras que para Brasil ocurre lo contrario. La tasa de decrecimiento de la RMM cubana entre 2005 y 2017 es del 23,9 %; entretanto Brasil registra una tasa de crecimiento de aproximado a un 10,1 % (Fig. 1).



Fuente: Ministério da Saúde. Estatísticas vitais. Óbitos de mulheres em idade fértil e óbitos maternos.⁽¹⁰⁾ Minsap. Anuario Estadístico de Salud La Habana: MINSAP, OPS, UNICEF; 2005-2018.⁽¹¹⁾ Anuario Estadístico de Cuba La Habana: Oficina Nacional de Estadística e Información; 2005-2018.⁽¹²⁾

Fig. 1 - RMM en Brasil y Cuba, 2005-2017.

Brasil presenta un cuadro de desigualdad socioeconómica y territorial persistente que afecta directamente la calidad y el acceso a la salud; siendo notables las disparidades entre las diferentes regiones en relación a los resultados de la RMM

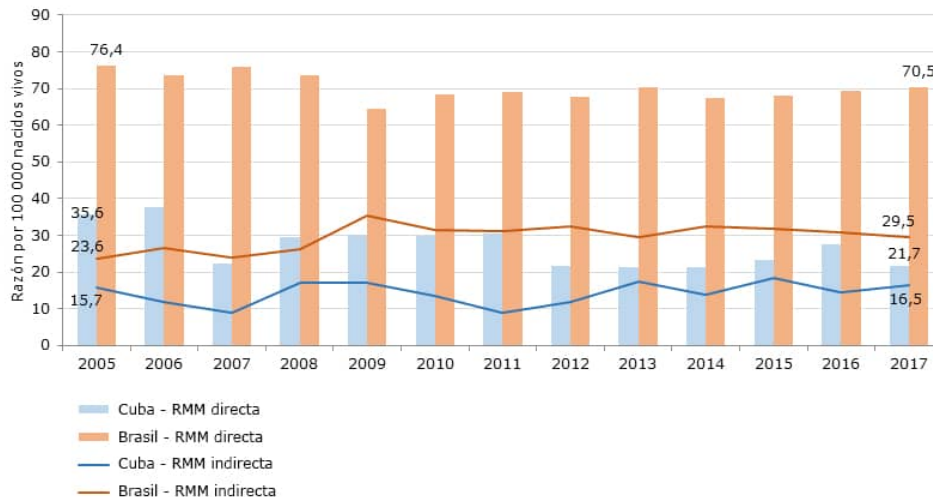
(Tabla 1). En las regiones nordeste y norte la RMM es más alta, dado que estas regiones históricamente han tenido menor cobertura de salud.

Tabla 1 - Razón de la mortalidad materna en Brasil por región y años

Región/años	2005	2007	2009	2011	2013	2015	2017	Promedio
Brasil	51,46	53,57	63,61	53,24	56,06	56,10	56,71	55,82
Centro-Oeste	52,31	44,13	60,86	51,20	56,25	57,75	51,62	53,45
Nordeste	63,78	62,15	71,21	67,21	72,55	66,76	64,11	66,82
Norte	56,22	62,22	66,30	61,20	71,82	65,44	74,84	65,43
Sudeste	40,28	47,38	60,85	44,77	47,58	51,41	55,48	49,68
Sur	51,52	50,16	53,50	42,05	33,33	39,36	33,95	43,41

Fuente: Ministério da Saúde. Estatísticas vitais. Óbitos de mulheres em idade fértil e óbitos maternos; 2019.⁽¹³⁾

Entre 2005 y 2017, en Brasil el total de los óbitos maternos según color de la piel fue del 62,13 % para las mujeres no blancas. En 2017, la RMM fue de 56,7 por 100 000 nacidos vivos; el 70,5 de esos óbitos fueron por causas directas y 29,5 por causas indirectas. Respecto a las causas de la MM, en ambos países las RMM por causas directas se mantienen más elevadas en relación a las indirectas (Fig. 2).



Fuente: Ministério da Saúde. Estatísticas vitais. Óbitos de mulheres em idade fértil e óbitos maternos.⁽¹⁰⁾ Minsap. Anuario Estadístico de Salud La Habana: MINSAP, OPS, UNICEF; 2005-2018.⁽¹¹⁾ Anuario Estadístico de Cuba La Habana: Oficina Nacional de Estadística e Información; 2005-2018.⁽¹²⁾

Fig. 2 - RMM directa e indirecta en Brasil y Cuba, 2005-2017.

En Cuba, según el análisis por región y años (Tabla 2), en el periodo analizado, se observó además de la existencia de una gran variabilidad, sobre todo si se analizan los resultados individuales de cada región en el tiempo, que no existen

marcadas diferencias regionales. No obstante, es un factor al que debe darse seguimiento.

Tabla 2 - Razón de la mortalidad materna en Cuba por región y años^d

Región/años	2007	2009	2011	2013	2015	2017	Promedio
Cuba	31,1	46,9	40,6	38,9	41,6	39,1	39,70
Occidental	33,8	35,8	52,8	29,4	44,9	32,4	38,18
Central	28,9	61,1	26,7	44,9	45,4	41,4	41,41
Oriental	30,7	48,0	39,3	43,0	36,7	44,6	40,37

Fuente: Minsap. Anuario Estadístico de Salud La Habana⁽¹¹⁾ y ONEI. Anuario Estadístico de Cuba La Habana: Oficina Nacional de Estadística e Información.⁽¹²⁾

En términos tendenciales en ambos países la RMM por causas directa disminuye, con una reducción mayor en Cuba, que presenta una tasa de decrecimiento de aproximadamente del 39 %, frente al decrecimiento de un 7,7 % de Brasil. Por su parte, la RMM indirecta en ambos países presenta una tendencia creciente, más acentuada para Brasil que alcanza un incremento de casi un 25 %, mientras para Cuba la tasa de crecimiento para todo el periodo es de aproximadamente un 5 %.

En Brasil, dentro de las causas directas de la MM más relevantes se encuentran los trastornos hipertensivos y las complicaciones relacionadas con el puerperio. Sin embargo, una parte importante de los óbitos maternos por causas directas son explicados por los trastornos placentarios y fundamentalmente por los abortos (Tabla 3).

Tabla 3 - RMM por causas directas en Brasil y Cuba, 2005-2017

Año	País	Embarazo ectópico	Aborto	Complicaciones relacionadas con el puerperio	Complicaciones del trabajo de parto y del parto	Trastornos placentarios	Otras hemorragias	Trastornos hipertensivos	Otras complicaciones
2005	Brasil	1,3	3,1	12,4	5,5	2,5	0,5	12,7	1,4
	Cuba	3,3	1,7	12,4	1,7	4,1	7,5	2,5	2,5
2009	Brasil	1,5	5,9	14,3	4,9	2,0	0,6	11,9	1,9
	Cuba	3,8	1,5	6,9	3,8	2,3	6,2	1,5	3,8
2013	Brasil	1,5	4,9	15,1	4,5	1,5	0,4	11,8	2,6
	Cuba	4,0	1,6	6,4	2,4	0,8	0,8	3,2	2,4
2017	Brasil	1,5	4,8	15,3	5,0	2,1	0,4	11,6	2,4
	Cuba	0,9	2,6	4,3	0,0	4,3	3,5	4,3	1,7

Fuente: Ministério da Saúde. Estatísticas vitais. Óbitos de mulheres em idade fértil e óbitos maternos.⁽¹³⁾ Minsap. Anuario Estadístico de Salud La Habana: MINSAP, OPS, UNICEF; 2005-2018.⁽¹¹⁾ Anuario Estadístico de Cuba La Habana: Oficina Nacional de Estadística e Información; 2005-2018.⁽¹²⁾

Discusión

La RMM en Brasil y Cuba entre los años 2005-2017 muestra resultados favorables si se comparan con los promedios estimados, tanto para la región de ALC como en relación con las subregiones en la que estos países se encuentran. Igualmente sucede si se comparan dichos resultados con los promedios estimados para las RMM en las regiones menos desarrolladas, y a nivel mundial.⁽⁸⁾

En Brasil, el enfrentamiento de la MM parte de comprender la salud como un derecho de todos, y un deber del Estado, por la Constitución de 1988; lo cual posibilitó la implantación del Sistema Único de Salud (SUS). A partir de 1990, se promovió una expansión de la atención básica por medio de la *Estrategia de Salud de la Familia*.⁽¹⁴⁾ Ello ha permitido el monitoreo de embarazadas en el periodo prenatal, parto y puerperio; con garantía de exámenes prenatales y suplementos de vitaminas y hierro. El Estado también tiene el deber de garantizar asistencia médica gratuita para todos los partos; además de alimentos para las gestantes y lactantes que lo necesiten.⁽¹⁵⁾

Varios programas e incentivos del Gobierno Federal fueron destinados a mejorar las condiciones de atención de la salud materno-infantil a partir de 1990.⁽¹⁶⁾ Destacan la Agenda de Compromisos para la Salud Integral de la Niñez y la Reducción de la Mortalidad Infantil y el Programa de Asistencia Integral a la Salud de la Mujer.^(10,17) Posteriormente, entre 2004 y 2015 se desarrolló la Política Nacional de Atención Integral a la Salud de la Mujer.⁽¹⁰⁾

En 2011 el Gobierno Federal lanzó el Programa Red Cegonha con el objetivo de reorganizar el modelo de atención médica para mujeres e infantes, el que buscaba asegurar a las mujeres el derecho a la planificación reproductiva y la atención humanizada en el embarazo, parto y puerperio.⁽¹⁵⁾ A pesar de la ampliación de las políticas públicas para enfrentar la MM, Brasil no cumplió en 2015 la meta estimada en los ODM; alcanzando en 2017 una RMM de 56,71 por 100 000 nacidos vivos.⁽¹³⁾

Desde 1996, el 90 % de las embarazadas en Brasil tienen acceso a atención prenatal. Al 90 % de las embarazadas les fue garantizado al menos cuatro consultas prenatales, y el 50 % de ellas tuvieron más de siete consultas.⁽¹⁸⁾ Alrededor del 99 % de los nacimientos ocurren en centros de salud asistidos por profesionales calificados; y más de la mitad de los partos fueron por cesárea (55,5 % en 2015).⁽¹⁹⁾

En Brasil, en términos de anticoncepción, se estima que el 79 % de las mujeres casadas o en relación estable utilizan métodos anticonceptivos. El aborto está prohibido y es legal solo en caso de violación, riesgo de muerte de la madre y en caso de fetos anencefálicos. La reproducción asistida no es gratuita, excepto en proyectos que benefician a una proporción pequeña de parejas.

En Cuba, por su parte, el triunfo de la Revolución en 1959 abrió un nuevo capítulo para la salud cubana, que se materializa en disímiles transformaciones.⁽²⁰⁾ Entre ellas se destacan la creación del Ministerio de Salud Pública y del Sistema Nacional de Salud, que es un sistema público basado en la estrategia de atención preventiva primaria de salud, donde se ofrecen servicios universales y gratuitos.⁽²¹⁾

La salud materna se garantiza a partir de dos líneas de acción. La primera asociada a la salud sexual y reproductiva de las mujeres, que integra iniciativas como Programa Nacional de Educación y Salud Sexual; Programa de Planificación Familiar y Riesgo Reproductivo; Programa de Atención a la pareja infértil, entre otros. La otra línea está asociada a la salud materno-infantil, que se desarrolla a partir del Programa Nacional de Atención Materno Infantil (PAMI) creado en el año 1983.^(3,20) Dicho programa brinda atención integral prenatal, perinatal y posnatal a mujeres embarazadas y sus hijos; mediante acciones de prevención, promoción, tratamiento y rehabilitación.⁽²¹⁾ El PAMI integra un conjunto de subprogramas como: Programa para el Desarrollo de la Perinatología; Programa de Maternidad y Paternidad responsables; Programa de apoyo alimentario de embarazadas, entre otros.

Como parte del PAMI las embarazadas reciben más de diez controles prenatales, alcanzando una tasa de cobertura prenatal superior al 98 %.^(21,22) Dentro de la atención prenatal también es clave el aporte de los hogares maternos por su impacto en la prevención de la morbilidad materna. Por su parte, el control de la salud posnatal arroja datos que sobrepasan el 99 % de cobertura.⁽²²⁾

El parto se realiza de forma institucional y con asistencia de profesional calificado, dado que el 99,9 % de los partos ocurren en instituciones de salud.⁽²²⁾ En relación con el parto cesáreo, entre 1970 y 2011 la cesárea primitiva ascendió de 3,7 % a 30,4 % manteniéndose en cifras similares hasta el año 2016. En el año 2017 este indicador se redujo notablemente a 18,3 %.⁽²³⁾ No obstante, continúa como desafío el seguimiento a la prevalencia de las cesáreas por partos.⁽²⁴⁾

Otro aspecto relevante lo constituye la legalidad del aborto voluntario en Cuba. La institucionalización de su práctica a partir del año 1965 tuvo como uno de sus principales objetivos disminuir la MM.⁽²⁵⁾ Aunque no se reconoce al aborto como un método anticonceptivo, tiene una elevada aceptación social como medio para limitar la fecundidad.⁽²⁵⁾ En 2017 se realizaron 41,8 abortos por cada 100 embarazadas,⁽¹¹⁾ lo que va acompañado de un conocimiento e índice de utilización de anticonceptivos, con una cobertura superior al 77 % desde hace más de 10 años.^(26,27) En relación con la MM, en el año 2017 se produjeron 45 óbitos, para una RMM total de 39,1 por 100 mil nacidos vivos. La RMM directa fue de 21,7 y la RMM indirecta de 17,4 por 100 mil nacidos vivos.⁽²⁴⁾ Cabe resaltar que en 2017 no se reportó en Cuba ninguna muerte por secuelas de causas obstétricas.[§] Para el análisis de la MM por color de la piel no se disponen de estadísticas públicas de fuentes oficiales.^(11,12) No obstante, diversos estudios realizados^(28,29) destacan la

existencia de un patrón de “sobremortalidad de las mujeres no blancas, en las edades reproductivas fundamentales por MM directa y por secuelas de causas obstétricas directas”.

Por su parte, en relación con las particularidades territoriales, existen estudios que destacan la existencia de desigualdades cuando se analiza la RMM.^(29,30) La MM en Cuba, “se presentó con diferencias entre territorios con desventaja para la región oriental; en el decenio 2003-2012 esta región aportó el 39 % de la MM total, el 40 % de MM directa y el 36 % de la MM indirecta”.⁽³¹⁾

Dentro de las causas directas de la MM destacan las complicaciones relacionadas con el puerperio, las hemorragias graves, los trastornos hipertensivos y el embarazo ectópico. Estas causas explican la mayor parte de la RMM directa y de la RMM total; siendo la primera la de mayor peso de todas.^(20,31) Un análisis más detallado permite observar que estas tasas generales invisibilizan dinámicas a lo interno del periodo de análisis. Para Cuba, se observa la existencia de dos comportamientos: uno decreciente entre 2005 y 2012, y otro creciente entre 2013 y 2017, incluso la RMM de 2018 en el caso cubano fue de 43,8 por 100 mil nacidos vivos,⁽²⁸⁾ cifra superior a todos los valores reportados desde el año 2010.

Por su parte, aunque Brasil exhibe una tendencia creciente, relativamente estable, pueden ser observados tres dinámicas a lo interno del periodo de análisis. Un crecimiento de la RMM hasta 2009, seguido de un decrecimiento entre 2010 y 2012, para posteriormente mantenerse creciendo hasta el año 2017. Para Brasil, todas las cifras obtenidas son superiores al valor inicial del año 2005, inclusive en los años en los que decrece la RMM.

Además de ser la cuarta causa principal de la MM, los abortos constituyen un problema de salud pública en Brasil debido a su ilegalidad y clandestinidad, y consecuentemente por los desdoblamientos negativos para la salud de las mujeres. Adicionalmente, aspectos culturales y religiosos impiden que muchas mujeres declaren sus abortos, lo cual oculta el historial de abortos como causa en los registros de óbitos maternos. Datos sobre el aborto en Brasil no pueden establecerse de manera confiable, porque es muy probable que se encuentren subestimados.⁽³²⁾

En contraste, en Cuba, la interrupción voluntaria del embarazo en cualquiera de sus causas es permitida hasta las ocho semanas de gestación, y se realiza a partir de cuatro principios básicos: la mujer es quien decide; tiene que ser realizado en una institución hospitalaria; tiene que ser practicado por personal calificado y tiene que ser totalmente gratuito.⁽²⁵⁾

En relación con las causas indirectas, las complicaciones debido a enfermedades del sistema circulatorio y enfermedades del sistema respiratorio son las causas más expresivas para ambos países; así como, las enfermedades infecciosas y parasitarias en el caso brasileño. Una diferencia son los óbitos maternos por

enfermedades relacionadas al VIH/sida, que constituye una causa indirecta estadísticamente relevante para Brasil, a diferencia de Cuba.

La tasa de detección del VIH en gestantes fue de 2,8 casos por 1000 nacidos vivos en 2017 en Brasil.⁽³³⁾ Este país posee una política eficaz en relación con la prevención y tratamiento del VIH/sida, con distribución de condones en los puestos de salud, test rápidos realizados por la atención primaria de salud, además de distribución gratuita de retrovirales.⁽³⁴⁾ La detección de casos de VIH/sida presentó un incremento entre las mujeres en edad fértil en la primera década de los años 2000. Sin embargo, hubo una disminución en 2017 con una reducción expresiva de detección entre mujeres de 25 a 34 años.⁽³⁴⁾

En Cuba, se prioriza la identificación de los portadores, tratamiento y seguimiento como parte de la estrategia de salud. La baja prevalencia del VIH se explica por la elevada proporción de jóvenes con conocimientos sobre el VIH (más del 60 %) y el elevado porcentaje de gestantes con asesoramiento sobre esta temática (77,9 %), a las cuales se les realizan tres exámenes de VIH durante el embarazo. Ello incluye también al padre durante la atención prenatal (89,4 %).⁽²²⁾ Adicionalmente, toda la población portadora o enferma de VIH tiene acceso gratuito a los medicamentos retrovirales.⁽²⁰⁾ Acciones sistemáticas en esta área han permitido que Cuba sea, desde 2015, el primer país del mundo que ostenta la validación de la OMS acerca de la eliminación de la transmisión materno-infantil de la sífilis congénita y del VIH.^(27,35)

Consideraciones finales

Un análisis de la mortalidad materna en términos de programas, permite identificar avances en Brasil y Cuba. Entre los elementos a destacar están:

- existencia de sistemas nacionales de salud que promueven servicios de atención primaria de carácter universal y gratuito;
- existencia de programas materno-infantiles;
- altas tasas de cobertura de la atención prenatal;
- elevada prevalencia de partos institucionales con atención calificada; v) alta cobertura anticoncepcional;
- existencia de políticas ejemplares en la prevención y tratamiento del VIH, con un enfoque priorizado para las gestantes y
- programas alimentarios para gestantes y lactantes que lo precisen.

En relación con la agenda 2030 asociada a los Objetivos de Desarrollo Sustentable, la meta 3.1, que propone, de aquí a 2030, reducir la tasa de mortalidad materna a nivel mundial a menos de 70 por cada 100 mil nacidos vivos, es un requisito actualmente cumplido por Cuba y Brasil. No obstante, los resultados alcanzados por Brasil y Cuba en términos de indicadores en el periodo 2005-2017 reafirman la necesidad de intensificar las acciones para la reducción de la MM, dado que el fenómeno permanece como un desafío para ambos países.

Todo ello resulta todavía más urgente en el caso de Brasil debido a la marcada tendencia creciente que muestran las cifras de la RMM en el periodo entre 2005 y 2017; lo cual se refleja, por ejemplo, en que en ninguno de los años analizados se obtienen cifras inferiores a las del año 2005. Adicionalmente, para Brasil destacan otros importantes desafíos como la alta prevalencia de partos cesáreos y las profundas desigualdades territoriales y étnico/raciales que se manifiestan en la RMM. Estos resultados exigen la elaboración de acciones direccionadas, que permitan un tratamiento más intencionado de estos aspectos. Otro elemento que también debe ser urgentemente modificado es la ilegalidad y clandestinidad de los abortos. Este aspecto, además de limitar los derechos reproductivos, coloca en riesgo la salud de las mujeres; de ahí la necesidad de una práctica del aborto de forma legal, segura, gratuita e institucional.

En Cuba, no obstante, a que todos los valores obtenidos para la RMM en más de una década se mantienen por debajo de la cifra inicial de 2005, los resultados a partir del año 2013 alertan sobre la existencia de un comportamiento que tiende al alza. Es por ello que las autoridades sanitarias cubanas concuerdan en que los resultados alcanzados, aunque positivos, son insuficientes y en algunos años por encima de lo esperado. Sobre todo, si se consideran factores como la tendencia decreciente sostenida en las últimas seis décadas, la causalidad de los óbitos maternos, la voluntad gubernamental y prioridad nacional concedida a dicha problemática. Además de dar seguimiento al comportamiento ascendente que viene mostrando la RMM en los últimos años, continuar atendiendo las dimensiones territoriales y raciales, desde una perspectiva integral del sistema de salud y sobre la base de acciones direccionadas, también son desafíos que debe asumir el país.

Brasil y Cuba tienen avances y desafíos relacionados a los programas e indicadores asociados a la salud materna, y específicamente en los esfuerzos en pos de la reducción de la razón de mortalidad materna.

En Cuba, las cifras a lo largo de todo el periodo de estudio se mantienen muy por debajo de la meta 3.1 de los ODS (reducir la mortalidad materna). No obstante, las cifras de la RMM, aunque con valores siempre inferiores a los del año 2005, alertan sobre la existencia de un comportamiento que tiende al alza a partir de 2013. Aspecto al que debe darse seguimiento para que los resultados de Cuba continúen teniendo como parámetro de referencia, a nivel de tendencia, los

países de más baja mortalidad materna. En Brasil, si bien los valores que presenta la RMM también están por debajo de la meta propuesta por los ODS, estos valores son más elevados a los de Cuba y tiene una marcada tendencia creciente en todo el período de análisis, lo cual podría comprometer su cumplimiento a futuro.

Para Brasil el mejoramiento de los programas existentes y de las cifras actuales dependerá fundamentalmente del desempeño del Sistema Único de Salud. El mantenimiento de un sistema universal y gratuito, en un contexto de restricción del financiamiento, es factor clave para mantener y avanzar en los resultados obtenidos. Para Cuba las condiciones para enfrentar tal desafío son diferentes si se tiene en cuenta la trayectoria de su sistema de salud pública por más de 60 años, como expresión de la voluntad política de otorgarle máxima prioridad. Ello posibilita la actualización y el financiamiento, de forma sistemática y ampliada, de los programas en el área materno-infantil.

Por su parte, más allá de las metas y agendas internacionales del “desarrollo”, la lucha por la vida de las mujeres y por la ampliación de sus derechos, dependerá en buena medida del nivel de priorización del aspecto social dentro de los respectivos procesos de desarrollos de cada país; así como, de la prioridad otorgada a la equidad/igualdad de género en los procesos de transformación reciente en ambas sociedades.

Se concluye que los programas de salud materna analizados para Brasil y Cuba muestran avances y desafíos diferenciados. El comportamiento de los indicadores analizados reafirma la necesidad de intensificar las acciones para la reducción de los óbitos maternos en los dos países, con más urgencia para Brasil.

Referencias bibliográficas

1. Laurell AC. La salud-enfermedad como proceso social. Revista Latinoamericana de Salud. 1982;2:7-25.
2. Karolinski A, Mercer R, Micone P, Ocampo C, Salgado P, Szulik D, *et al.* Modelo para abordar integralmente la mortalidad materna y la morbilidad materna grave. Rev Panam Salud Publica. 2015;37(4/5):351-9 [acceso 20/05/2020]. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2015.v37n4-5/351-359>
3. Cabezas E. Evolución de la mortalidad materna en Cuba. Rev Cub Sal Públ. 2006;32(1):1-9 [acceso 20/05/2020]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v32n1/spu05106.pdf>

4. WHO. Maternal mortality. Geneva: World Health Organization; 2019 [acceso 20/05/2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
5. WHO. Strategies toward ending preventable maternal mortality (EPMM) Geneva: World Health Organization; 2015. [acceso 20/05/2020]. Disponible en: https://www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal_perinatal/epmm/en/
6. WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group, UNPD. Trends in maternal mortality 2000 to 2017. UK: World Health Organization (WHO), United Nations Children's Fund (UNICEF), United Nations Population Fund (UNFPA), World Bank Group, United Nations Population Division; 2019 [acceso 20/05/2020]. Disponible en: <https://www.unfpa.org/featured-publication/trends-maternal-mortality-2000-2017>
7. UNDP. The Millennium Development Goals Report 2015. New York: United Nations Development Programme; 2017 [acceso 20/05/2020]. Disponible en: <https://www.undp.org/content/undp/en/home/librarypage/mdg/the-millennium-development-goals-report-2015.html>
8. UNDP. Human Development Indices and Indicators 2018 Statistical Update. New York: United Nations Development Programme; 2018 [acceso 20/05/2020]. Disponible en: <http://hdr.undp.org/en/content/human-development-indices-indicators-2018-statistical-update>
9. Couto B, Garcia ML, Pérez O, Marques R. Análisis dos sistemas de protección social na América Latina: Brasil, Chile e Cuba. Porto Alegre: EDIPUCRS; 2018. [acceso 20/05 2020]. Disponible en: <https://editora.pucrs.br/livro/1264/>
10. Costa AM, Bahia L, Conte D. A saúde da mulher e o SUS: laços e diversidades no processo de formulação, implantação e avaliação das políticas de saúde para mulheres no Brasil. Saúde em Debate. 2007;31(75/76/77):13-24 [acceso 20/05/2020]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/4063/406345310003.pdf>
11. Minsap. Anuario Estadístico de Salud. La Habana: Minsap, OPS, UNICEF; 2005-2018; 2019 [acceso 20/05/2020]. Disponible en: <https://temas.sld.cu/estadisticassalud/publicaciones-2/>
12. ONEI. Anuario Estadístico de Cuba. La Habana: Oficina Nacional de Estadística e Información; 2005-2018; 2019 [acceso 20/05/2020]. Disponible en: <http://www.onei.gob.cu/>
13. Ministério da Saúde. Estatísticas vitais. Óbitos de mulheres em idade fértil e óbitos maternos. Brazil: Ministério da Saúde; 2019 [acceso 20/05/2020]. Disponible en: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/mat10uf.def>

14. Macinko , Guanais , Souza. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. J. Epidemiol. Community Health. 2006;60(1):13-19. [acceso 20/05/2020]. Disponible en:
<https://n9.cl/l1cnm>
15. Guerra HS, Hirayama AB, da Silva AKC, Oliveira BJ, Oliveira JF. Análise das ações da Rede Cegonha no cenário brasileiro. CESUMAR. 2016 [acceso 20/05/2020];18(1):73-80 Disponible en:
<https://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/iccesumar/article/view/4897>
16. Oliveira MC, Rocha MIB. Saúde reprodutiva na esfera pública e política São Paulo: Unicamp/NEPO; 2001.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil. Brasília: Ministério da Saúde; 2004 [acceso 20/05/2020]. Disponible en:
http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_compro_crianca.pdf
18. Brasil. Objetivos de Desenvolvimento do Milênio: Relatório Nacional de Acompanhamento/Coordenação Instituto Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada e Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos. Supervisão: Grupo Técnico para o acompanhamento dos ODM. Brasília: Ipea, MP, SPI; 2014 [acceso 20/05/2020]. Disponible en:
https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=28436&Itemid=4
19. UNASUS. Universidade Aberta do SUS. Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas. Brazil: UNASUS; 2015 [acceso 20/05/2020]. Disponible en:
<https://www.unasus.gov.br/noticia/declaracao-da-oms-sobre-taxas-de-cesareas>
20. Santana Espinosa MC, Esquivel Lauzurique M, Herrera Alcázar VR, Castro Pacheco BL, Machado Lubián MC, Cintra Cala D, *et al.* Atención a la salud maternoinfantil en Cuba: logros y desafíos. Rev Panam Salud Publica. 2018;42(e27):1-9 [acceso 20/05/2020]. Disponible en:
<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34900/v42e272018.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
21. UNICEF-Cuba. El desarrollo de la primera infancia en Cuba. La Habana: UNICEF-Cuba; 2016 [acceso 20/05/2020]. Disponible en:
<https://www.unicef.org/cuba/informes/el-desarrollo-en-la-primera-infancia-en-cuba>
22. MINSAP. Cuba: Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados 2014. Informe final La Habana: Ministerio de Salud Pública, Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud, UNICEF; 2015 [acceso 20/05/2020]. Disponible

en: https://www.unicef.org/cuba/media/1066/file/MICS5%20encuesta-de-indicadores-multiples%202014_2015.pdf

23. Fariñas L. La cesárea, una cirugía para realizar solo cuando sea necesaria. Gramna. 2018 [acceso 20/05/2020]. Disponible en:

<http://www.gramna.cu/cuba/2018-09-09/la-cesarea-una-cirugia-para-realizar-solo-cuando-sea-necesaria-09-09-2018-20-09-33>

24. Álvarez M. Enfoque de género en el análisis de la encuesta MICS-Cuba 2014 La Habana: MICS, FMC, UNICEF; 2015 [acceso 20/05/2020]. Disponible en:

<https://www.unicef.org/cuba/media/581/file/enfoque-genero-documento-mics-5.pdf>

25. Benítez ME. La trayectoria del aborto seguro en Cuba: evitar mejor que abortar. *Novedades en Población*. 2014;10(20):87-104. [acceso 20/05/2020].

Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1817-40782014000200007

26. Rodríguez G. La anticoncepción en Cuba, historia y perspectiva de los individuos. *Algunos apuntes. Novedades en población*. 2017;(26):213-18 [acceso 20/05/2020]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rnp/v13n26/rnp170217.pdf>

27. CUBA. Informe nacional voluntario sobre la implementación de la Agenda 2030. La Habana: Ministerio de Economía y Planificación; 2019 [acceso 20/05/2020]. Disponible en:

https://cepei.org/wp-content/uploads/2020/01/informe_nacional_voluntario_de_cuba_sobre_implementacion_de_la_agenda_2030.pdf

28. Albizu-Campos Espiñeira JC, Cabrera Marrero F. La mortalidad en Cuba según el color de la piel. *Novedades en Población*. 2014;X(20):31-61 [acceso 20/05/2020]. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-40782014000200004

29. Albizu-Campos Espiñeira JC; Varona Pérez, P. La mortalidad materna en Cuba. *El color cuenta*. *ResearchGate*; 2020 [acceso 20/05/2020]. Disponible en:

<https://n9.cl/yibi9>

30. UNFPA. Evaluación del programa de país de UNFPA en Cuba 2014-2018. La Habana: Fondo de Población de las Naciones Unidas; 2018 [acceso 20/05/2020].

Disponible en: https://www.unfpa.org/sites/default/files/board-documents/Annex_CPE_Cuba_Informe_Final.pdf

31. Gran Alvarez MA, Torres Vidal RM, López Nistal LM, Pérez Leyva ME. Fecundidad, anticoncepción, aborto y mortalidad materna en Cuba. *Rev Cub Sal Públ*. 2013 [acceso 20/05/2020];39(5):822-35. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662013000500003

32. Martins EF, Almeida PF, Paixão C, Bicalho P, Errico L. Causas múltiples de mortalidad materna relacionada ao aborto no Estado de Minas Gerais, Brasil, 2000-2011. Cad. Saúde Pública. 2017 [acceso 20/05/2020];33(1):1-11. Disponible en: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v33n1/1678-4464-csp-33-01-e00133115.pdf>
33. Ministério da Saúde. Boletim epidemiológico - HIV/AIDS 2018. Brasília: Ministério da Saúde; 2018 [acceso 20/05/2020]. Disponible en: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2018/boletim-epidemiologico-hivaid-2018>
34. Melo EA, Maksud I, Agostini R. Cuidados de pacientes VIH/SIDA y atención primaria en Brasil: desafíos para la atención en el Sistema Único de Salud?. Rev Panam Salud Publica. 2018 [acceso 20/05/2020];42(e151):1-5. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2018.v42/e151>
35. WHO. WHO validates Cuba's elimination of mother-to-child transmission of HIV and syphilis. Geneva: World Health Organization; 2015 [acceso 20/05/2020]. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11078:2015-cuba-eliminates-mother-hiv-syphilis&Itemid=1926&lang=en

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

Contribuciones de los autores

Arelys Esquenazi Borrego: conceptualización; curación de datos; análisis formal; investigación; metodología; administración del proyecto; supervisión; visualización; redacción - borrador original; redacción - revisión y edición.

Edineia Figueira dos Anjos Oliveira: conceptualización; curación de datos; análisis formal; investigación; metodología; visualización; redacción - borrador original; redacción - revisión y edición.

Leila Marchezi Tavares Menandro: curación de datos; análisis formal; investigación; metodología; visualización; redacción - borrador original; redacción - revisión y edición.

Silvia Odriozola Guitart: redacción - borrador original; redacción - revisión y edición.

Olga Pérez Soto: redacción - borrador original; redacción - revisión y edición.

Maria Lucia Teixeira Garcia: conceptualización; adquisición de fondos; metodología; administración del proyecto; supervisión; redacción - revisión y edición.

Rodrigo Emmanuel Santana Borges: análisis formal.

Laura Galeano Zaldívar: redacción - revisión y edición.

Financiación

Esta investigación contó con el apoyo de: la Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) a través de financiamiento del Proyecto CAPES/PrInt “Early Child development” (número 88881.311890/2018-01) y de las bolsas de doctorado CAPES concedidas a dos de sus autoras; el Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) (número 408288/2018-3) y de la Fundação de Amparo à Pesquisa e Inovação do Espírito Santo (FAPES) (número 83570861).

^a Proyecto internacional CAPES/PrInt “Early Child Development” busca reflexionar sobre la primera infancia y otras temáticas relacionadas. Reúne investigadores de África del Sur, Brasil, Cuba y Reino Unido.

^b Para estimar los datos de mortalidad materna por regiones en Cuba se hicieron los siguientes procedimientos: i) recopilación de los datos de Población residente por sexo, grupos de edades y provincias en los Anuarios Estadísticos de Cuba; ii) estimación de la población por edades de las provincias de Artemisa, Mayabeque y readecuación de las estimaciones de población de Pinar del Río y La Habana, según la configuración territorial para los años anteriores a la división territorial actual (a partir del 2010). Se obtuvo así una serie de población, del 2006 al 2017, por edades, sexo y por provincias según la configuración territorial actual; iii) selección del rango de mujeres en edad fértil (franja de mujeres de 10 a 49 años) a partir de los datos de población anteriormente obtenidos; iv) recopilación de los datos de mortalidad materna por provincias en los Anuarios Estadísticos; v) utilización del número de mujeres en edad fértil (paso iii) como peso, para hacer una media ponderada de la tasa de mortalidad materna por provincia para cada región, de forma a atribuir importancia mayor a las provincias con más población de mujeres en edad fértil. Este procedimiento de cálculo y los resultados alcanzados constituyen una primera aproximación, por lo que se destaca la necesidad de continuar mejorando la calidad de estas estimaciones. En este sentido, sería interesante incorporar la publicación de estadísticas regionales de la MM por la ONEI y el Minsap.

^c Se refiere a las muertes por cualquier causa obstétrica, directa o indirecta, que ocurre al año o más después de la terminación del embarazo.

^d Cálculo realizado por los autores según se describe en la nota b (Todas las notas son de los autores).