

CONTRIBUCIONES ORIGINALES

ESTUDIOS DE MORTALIDAD MATERNA EN MEXICO
CONSIDERACIONES MEDICO SOCIALES *

SAMUEL KARCHMER,† §. JUAN ARMAS-DOMÍNGUEZ,§
JOSÉ CHÁVEZ-AZUELA § y VELVL SHOR-PINSKER §

Se describen y analizan las consecuencias socioculturales, psicológicas y médicas de la muerte materna, para justipreciar el valor de la mortalidad correspondiente, como medida de la calidad de atención médica. Se revisa la labor desarrollada por el Comité de Mortalidad Materna del Hospital de Gineco-Obstetricia No. 1 del I.M.S.S. a lo largo de tres años de actividades y se muestran algunos resultados referentes a la responsabilidad por la muerte y su posible previsibilidad.

Los resultados indican que hay necesidad de ampliar las funciones del Comité dentro de un contexto social, profesional e institucional, para que dichos factores puedan ser calificados objetivamente por una parte y para que el mismo se transforme en un organismo dinámico que coadyuve a la solución del problema.

* Trabajo de ingreso a la Academia Nacional de Medicina, presentado en la sesión ordinaria del 9 de octubre de 1974.

† Académico numerario.

§ Hospital de Gineco-Obstetricia No. 1. Instituto Mexicano del Seguro Social.

Sólo vemos cadáveres, pero no podemos atinar con la causa de su muerte. Shakespeare: Romeo y Julieta.

Aspectos socioculturales

La preocupación por la muerte ha sido una de las interrogantes más grandes en la historia de la humanidad y ningún hombre, de ninguna raza, de ningún país, de ningún tiempo, ha dejado de pensar en ella. Matizada con los más diversos colores, enfocada desde el más sombrío tono científico, hasta el iridiscente juego de símbolos y palabras de una poesía, la muerte está ligada a la vida.

Se podría decir con Carrión:¹ "El existir es por sí mismo experiencia de la muerte..." "Podrá este sentimiento ser más o menos lúcido, estará más o menos inhibido o sublimado en concepciones religiosas, pero en el fondo, en el movimiento mismo de la existencia, reside la muerte que le da sentido y contraste". O bien, apuntar con Octavio Paz² que, "muerte y vida son contrarios, que se complementan". "Ambos son mitades de una esfera que nosotros, sujetos del tiempo y del espacio, no podemos sino entrever".

Como hecho biológico, la definición adoptada por la Organización Mundial de la Salud³ dice: "Muerte es la desaparición permanente de toda manifestación de vida en cualquier momento después de que ha ocurrido el nacimiento (cesación postnatal de las funciones vitales sin posibilidad de resucitación)". Mas el concepto de muerte no es privativo de la biología si se considera que la muerte de un individuo es un hecho socioeconómico que altera en cierta medida las relaciones existentes en la sociedad. La observación cotidiana muestra que la fuerza de la

mortalidad incide en mayor o menor grado sobre la potencialidad de un núcleo humano, no sólo desde que fallece un individuo y se pierde parte de la fuerza de trabajo presente, pasada o futura, sino que, al romperse las relaciones que unen al individuo y su grupo, la estructura de la sociedad se altera y el impacto global de la mortalidad da connotaciones diversas en el contexto social en que ella se manifieste.

El primer impacto que recibe la sociedad está en función de la cantidad y de la fuerza con que la mortalidad ataca a la población en general y a sus individuos en particular, si se toman en consideración sus diversas características biológicas, económicas y sociales. La típica curva en "U" de la mortalidad según edades, que representa las altas tasas de defunción en los extremos de la vida y la mayor mortalidad de hombres que de mujeres, ha sido asociada, como resultado de análisis de los datos estadísticos, a los países poco desarrollados desde el punto de vista del bienestar humano; en cambio, la curva en "J", con tasas relativamente bajas al inicio de la vida e incrementos constantes en las edades intermedias y rápidos al final de ella, se asocia empíricamente, con las características de los países desarrollados.

La muerte en una sociedad del primer tipo, cuya base económica está fincada en la agricultura, la dispersión demográfica, la carencia de servicios públicos, los bajos índices de instrucción, contrasta, cuantitativa y cualitativamente, con la muerte en los países correspondientes al segundo tipo. Aun cuando la etiopatogenia sea la misma o semejante, su significación social y cultural es a menudo totalmente divergente. Así por ejemplo,

las muertes por viruela pueden ser consideradas como algo "normal" y apenas digno de mención en una sociedad donde 30 por ciento o más de las muertes se deban a enfermedades infecto-contagiosas, en tanto que un solo caso, en otra sociedad, puede poner en estado de alerta a la maquinaria de salubridad de la nación. La cantidad de niños muertos antes de los cinco años, aunque sólo sean unos cientos, puede poner en peligro la estabilidad demográfica de un país en el curso de una generación y condicionar ello una inversión de recursos en investigación de mortalidad infantil; pero, como contrapartida, no importar la terrible mortandad por hambre en Biafra, Nigeria, Uganda o Bangladesh, excepto desde un aspecto de conmiseración.

Si las causas de muerte son similares a lo largo del mundo, los condicionantes sociales y económicos, es decir, sus causas, son diferentes en el espacio y el tiempo; más aún, para un mismo tiempo cronológico, pueden existir diferentes tiempos socioculturales que correspondan a grupos humanos existentes, que estructuren su mortalidad en forma heterogénea y den actitudes polifacéticas frente a la muerte.

Sin entrar en detalles sobre los condicionantes económicos y sociales de la muerte, como podrían ser los aspectos nutricionales, la asistencia médica, el saneamiento ambiental o la polución atmosférica, sí cabe recordar que la cultura imprime sellos especiales a los grupos sociales. Hablar de la muerte como la culminación de un ciclo biológico en la forma en que se acostumbra en países desarrollados del mundo occidental, o hacerlo en los términos de trascendencia del espíritu hacia planos superiores y un posible enfrentamiento dichoso con la divini-

dad, se manifiesta en las maneras de expresión cultural de los pueblos. Dentro de los muchos mitos que configuraron la imagen del mexicano en el decenio de los cincuenta, se acuñó aquél de que el desprecio a la muerte, era producto del choque cultural entre el indígena dominado y el conquistador español: abrirse ante la muerte, rajarse, era señal de debilidad incompatible con la idea de machismo; morir durante el parto o en la guerra, aunque no privativo de la cultura mexicana, llevaba directamente frente a Dios; morir siendo niño era festejado, y aún lo es, puesto que la inocencia infantil da un lugar en el cielo.

Las prácticas de duelo entre los sobrevivientes, son también expresiones culturales de la postura ante la muerte. Besar el cadáver para no extrañar a quien abandona el mundo, recurrir al empleo de plañideras para hacer más vívido el dolor, amortajar y disecar al difunto, acostarlo o sentarlo, colocarlo en un ataúd o sólo cubrirlo con una lápida, son sólo aspectos del contexto cultural en que la muerte ocurre.

Aparentemente la muerte, como hecho biológico, está desligada (y así se le ha considerado en multitud de estudios médicos), de las causas socioeconómicas y culturales que le rodearon. Mas al hacerlo, no con fines de análisis sino por falta de comprensión de la idea de que el hombre es un ente integral, se está fallando en la consecución del objetivo de la ciencia: comprender y explicar el mundo y las relaciones que ligán a los fenómenos que en él se presentan.

Una vez que la muerte ha acaecido, existen implicaciones importantes; la investigación entre las correlaciones anatómopatológicas, el trasplante de órganos a

otro ser viviente y el estudio de la secuencia enfermedad-tratamiento-muerte son, desde el enfoque biomédico, algunas de ellas. También, en un plano no menos importante, se encuentran las cuestiones concernientes a la previsibilidad* de la muerte y la responsabilidad de las partes que intervienen en el deceso. Por otra parte, las consecuencias sociales pueden enfocarse desde un contexto macrosocial, conectados al comportamiento de la sociedad global y su grado de desarrollo y los componentes del contexto microsocial, el pequeño grupo, generalmente la familia de quien ha fallecido. La interdependencia entre ambos aspectos es sólida: el uno condiciona y es condicionado por el otro.

El estudio de la mortalidad, iniciado por Sir William Farr a fines del siglo XVIII,⁴ no ya desde el enfoque individual, sino colectivo, marca el punto de partida de todos los estudios en que el dato cuantitativo adquiere importancia en la medición de las relaciones existentes entre la muerte y la enfermedad, convirtiéndose así en un instrumento útil para la evaluación de las relaciones causa-efecto. En la actualidad, este tipo de estudios, colocados dentro del concepto de desarrollo social y económico de los pueblos, contribuye a proporcionar algunos de los indicadores de la variable "condiciones de salud de la población" y se le puede relacionar con otras concernientes al nivel de vida.

En algunos países la mortalidad de la madre o el hijo durante la gestación,

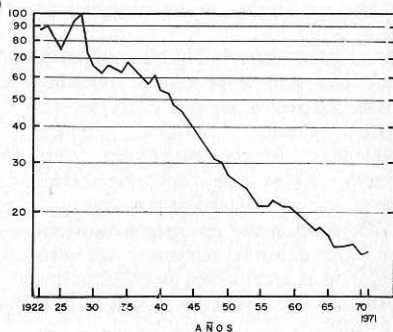
el parto o el puerperio, tiene vital importancia debido a la gran cantidad de decesos que ocurren en tal periodo. La mortalidad perinatal es desde luego mayor que la materna, tanto en los países desarrollados como en los que no lo son y los descensos que ha sufrido en los últimos treinta años han sido espectaculares. La mortalidad materna ha disminuido también, pero los logros a partir de una cifra inicial más bien baja, no son tan impresionantes como los que se observan con la infantil.

En efecto, como se puede observar en la figura 1, la mortalidad materna en el país se ha reducido casi a la cuarta parte en la actualidad con respecto a la existente en el año de 1943. Ahora bien, este descenso es producto de fenómenos socio-económicos complejos que no necesariamente revelan progresos en la atención médica de la población, como lo muestra el descenso de la mortalidad materna antes del decenio de los cuarenta.

Un aspecto que quizá haya influido en forma por demás importante es la mayor esperanza de vida de los habitantes del país, la que en aquella época era de 39 años probables de vida al nacer y que en la actualidad llega hasta los 61 años. Este hecho ha contribuido a cambiar la estructura poblacional del país y dar a las mujeres una mayor oportunidad de embarazarse, debido a que hay un número mayor de mujeres en edad fértil. Ligado a este incremento se encuentra la concentración de mujeres en áreas urbanas; si en el decenio de los cuarenta había un porcentaje más alto en localidades con menos de 2 500 habitantes, la proporción se ha invertido en la presente época y este porcentaje es mayor para el caso de residentes urbanos femeninos.⁵

* Empléase en este artículo el término *prevención* para significar la idea de *prevención*, en virtud de ser aquella la expresión de uso más común en la literatura relativa al tema. EL EDITOR.

TASA
(POR 10,000
NACIDOS VIVOS)



1 Mortalidad materna en los Estados Unidos Mexicanos (1922-1971).

Con sólo este cambio en el lugar de residencia de la población femenina del país, comienzan a avizorarse los factores sociales y económicos que han contribuido a la baja sustancial de la mortalidad materna. En principio, la estructura ocupacional de la población económicamente activa tiende a diversificarse por el fenómeno de industrialización del país. Correlativamente, el ingreso *per capita* de los habitantes tiende a elevarse y ello da posibilidades de hacer un consumo de bienes y servicios que anteriormente resultaba imposible para el mexicano medio; además la educación se incrementa, aunque no en grado apreciable, y cambia ciertas actitudes de la gente frente a la vida.

Pero quizá uno de los hechos más importantes es la posibilidad de informarse sobre asuntos diversos en múltiples fuentes. Dentro del patrón rural, la información sobre aspectos sexuales se basa fundamentalmente en conocimientos empíricos que son transmitidos cara a cara. Las relaciones personales, en la mayoría de los casos se concretan a las que se rea-

lizan intrafamiliarmente y las acciones que de ello se derivan, son también resueltas de acuerdo a la ley del ensayo y el error, sin buscar las causas racionales que las producen.

Al emigrar a la ciudad la mujer se encuentra con un círculo más amplio de fuentes de información y aunque, como lo asienta Lewis,⁶ las relaciones se dan entre los coterráneos con lazos más profundos, y la familia extensa, aunque disgregada físicamente, sigue teniendo y tal vez en mayor grado una intensa liga; la vecindad inmediata dentro del barrio o colonia facilita el comentario, la charla y las experiencias vividas por otras gentes, que junto con los medios masivos de información, se traducen en cambios de actitud concernientes a la función sexual y reproductiva de la mujer.

Entre estos cambios de actitud destaca la posibilidad de acudir a servicios médicos o paramédicos colocados dentro del contexto de la cultura occidental moderna; la automedicación, el consejo del farmacéutico, la consulta al estudiante de medicina de grados superiores, a la en-

fermera o al médico privado o institucional, son algunos de los consumos de servicio que hace la mujer en el cuidado de su salud. Estos factores, más aquellos que han sido ampliamente estudiados desde diferentes ángulos de la investigación biomédica (nutrición, constantes biológicas, historia reproductiva, entre otros), son en gran parte responsables de la baja de la mortalidad materna.

Desde el punto de vista macrosocial las defunciones maternas, estimadas anualmente en tres mil, representan una pérdida de una por cada 10 000 mujeres de cualquier edad; de tres de cada 10 000 en edad reproductiva (15-44 años) y de 15 de cada 10 000 embarazos estimados, según cálculos basados en cifras oficiales. De las 400 000 defunciones registradas como promedio anual, las maternas representan uno por ciento, pero de las defunciones de mujeres entre los 15 y 44 años, representan alrededor de 16 por ciento. La mortalidad materna es decididamente más alta en el campo que en la ciudad y la diferencia en las tasas que se observan llega, en el caso de algunas entidades (por ejemplo, Durango), a ser el doble la una de la otra.

De acuerdo con estas cifras se tiene la noción de que la mortalidad materna no constituye un problema de salud pública en el país, desde el punto de vista de la magnitud del daño que ocasiona a la estructura poblacional. Tampoco económicamente puede dársele importancia, si se considera que sólo 15 por ciento de las mujeres en edad productiva desempeña alguna actividad remunerada; quienes de ellas mueren por complicaciones del embarazo, del parto o del puerperio, deben pertenecer a grupos de actividad ligados con la agricultura y los servicios perso-

nales, aunque la mayor parte deben dedicarse a actividades domésticas y su deceso no afecta a la economía nacional.

Por otra parte, se conocen suficientemente las causas que originan estas muertes y día a día se ponen en juego nuevas formas de prevenirlas o evitarlas, tratando de penetrar más hondamente en su conocimiento.

Si a nivel macrosocial la mortalidad materna carece de importancia relativamente grande, en el pequeño grupo se deben manifestar algunos fenómenos que incidan sobre la integridad y la organización familiar, que afecten la dinámica de la familia y alteren las relaciones psicosociales de los miembros de ellas. Para analizar los efectos de la muerte de una madre, se debe en primer lugar tener una definición de familia y una tipología de las familias existentes en México.

Definida sociológicamente, fuera de las consideraciones éticas o religiosas, se puede decir, con Leñero Otero,⁷ que "familia es una estructura social de tipo primario. . . integrada por un grupo de personas que mantienen relaciones directas, cara-cara en un ambiente de intimidad personal más o menos profundo."

Existen opiniones⁸ en el sentido de que la familia de tipo nuclear predomina en sociedades industrializadas y más desarrolladas, en tanto que las familias extensas pertenecen básicamente a las sociedades menos desarrolladas o en proceso de desarrollo. Sin embargo, esta tipología está resultando actualmente inexacta a la luz de las nuevas investigaciones sociológicas que han demostrado que, si bien es cierto que la familia nuclear como un grupo primario tiene mayoría en las sociedades industrializadas, las relaciones guardadas con familias ligadas por víncu-

los de parentesco, les dan un contenido cultural similar al de la familia extensa.

En México se cuenta con pocos estudios que demuestren de manera clara cuál es la tipología de la familia contemporánea. El desarrollo demográfico y económico ha sido más rápido que el desarrollo social de los habitantes y es por ello que la determinación y diferenciación de los tipos de familia se hace difícil. Sin embargo, estudios como los de Lewis,⁹ Kahl¹⁰ y más recientemente, los de Leñero Otero y colaboradores,⁷ comienzan a abrir nuevos horizontes en este campo de estudio. Como en todo país en proceso de desarrollo, la sociedad mexicana presenta pluralidad en los grupos sociales: un proceso de transición que lleva a la familia tradicional, de tronco, hacia la familia nuclear, biológica.

El padre, la madre y los hijos tienen dentro de la familia nuclear, papeles que van sufriendo adaptaciones a una nueva situación que les aparta de la estereotipia del mexicano, mostrada por Ramos,¹¹ Carrón¹ Paz² y por la opinión pública en general. Es cierto también que la familia tradicional aún es muy importante, tanto en la zona rural como en la urbana, sobre todo si se le enfoca desde el punto de vista sociológico. El grado de desarrollo del país no ha sido aún lo suficientemente alto como para sustituir el papel que la familia juega dentro de la sociedad global, mediante la distribución de sus funciones básicas y secundarias hacia otros grupos sociales o agencias gubernamentales o privadas que se encarguen de cumplir el cometido que a ella le ha sido encomendado históricamente, tal como ocurre en países más desarrollados.

Según la tipología asignada al mexicano durante la época de los cincuenta, se

consideraba que el padre era un ser acomplejado, con un sentimiento de inferioridad producto del trauma de la conquista. Como un mecanismo de defensa buscaba la compensación de su debilidad en el "machismo," cualidad fundamental que marcaba la pauta a su comportamiento individual y social. Una voracidad sexual, una intrepidez rayana en lo sublime o lo desesperado, un fatalismo que concebía la derrota como una resultante normal de sus acciones, la afirmación de su hombría en la "cosificación" de lo femenino y el desprecio a la mujer, por el solo hecho de serlo, pero a la par, la veneración a la madre, son algunas de las características asignadas al mexicano por los autores de aquellos días. Estos primeros intentos de caracterizar al mexicano carecían de base científica, y en la actualidad como lo hace Bejar Navarro,¹² existen pocos elementos de juicio que lleven a una tipología única.

Por otra parte la madre, figura femenina, fue vestida de atributos, más llenos de afectividad que de observación rigurosa, que le hacían parecer como abnegada, entregada por completo a la vida del hogar, sujeta a un patrón de sumisión donde el varón era prepotente, con un inmenso amor a los hijos y la responsabilidad de la educación y cuidado de ellos y del hogar e, indiscutiblemente, el eje alrededor del cual giraba la dinámica y la unión familiar.

Estos dos seres estereotipados se suponía fueran los sostenes del hogar mexicano y los transmisores de las pautas culturales a las generaciones posteriores. La entrega de actitudes frente a la vida, culturalmente estaban dadas en función del papel masculino, lo que a su vez imprimía un sello nacional a la familia. Las cam-

pañas sanitarias, entre las condiciones sociales que fueron beneficiadas por el desarrollo económico, pudieron llevarse a efecto con mayor frecuencia para cubrir a una población cada vez mayor; y, sin necesidad de datos evaluativos del progreso alcanzado, resultó evidente el impacto de ellas en la reducción de la mortalidad infantil, que permitió a la familia mexicana alcanzar un número más grande de hijos nacidos vivos que sobreviviesen los primeros años de la existencia. Si la fecundidad ha sido y es alta para un país en desarrollo, en el caso de un país en transición demográfica, donde se elevan las expectativas de vida con cada edad del individuo, trae consigo el incremento veloz de la población; aunado a este fenómeno, la edad al casarse, relativamente baja, hace que la mujer pueda tener mayores oportunidades de procreación afortunada y que sus hijos puedan llegar a la adolescencia siendo ella aún joven. Un estudio sobre la familia mexicana realizado por Leñero Otero,¹³ en el cual fueron entrevistadas mujeres hasta de 45 años de edad reveló que 25 por ciento de ellas tenían hijos adolescentes o jóvenes; que para 40 por ciento de las entrevistadas, la edad ideal en que se debiera tener el último hijo, estaría entre los 35 y 39 años y que el número ideal de hijos que desearía tuviese su hija, sería el de cuatro, para el porcentaje más alto de las entrevistadas (23 por ciento). Otros datos interesantes se refieren al número de hijos "malogrados;" 60 por ciento de las entrevistadas dijeron no haber tenido nunca un aborto y 21 por ciento sólo uno; o sea que no más de 19 por ciento de las mujeres informaron de dos o más abortos. Entre las razones que se arguyeron para no desear

tener otros hijos, el mayor porcentaje corresponde a falta de salud (12 por ciento), en seguida al hecho de tener ya suficientes (11 por ciento) lo que, en términos globales, significa tener un máximo de cuatro para el mayor porcentaje de las entrevistadas.

Estos datos sobre la familia mexicana pueden ayudar a comprender el fenómeno de la mortalidad materna en sus consecuencias microsociales. En un documento sobre *Población y familia*,⁸ se presenta un cuadro con estimaciones de Ryder, una de las cuales es la probabilidad de que los padres sobrevivan durante todo el periodo reproductivo de la mujer; en los países en transición demográfica alcanza la cifra de 91 por ciento. En nuestro país es bastante más baja, ya que sólo llega a 36 por ciento.

La interrogante que se puede plantear al respecto consiste en saber qué sucede con el grupo familiar cuando fallece la madre durante el periodo reproductivo. Son varios los enfoques que se le pueden dar: el primero, sobre las causas de la muerte, los factores internos o externos que en ella coincidieron, puede abordarse desde el punto de vista médico y será analizado con mayor detalle más adelante; el segundo, donde el deceso forma parte del fenómeno social llamado "desintegración familiar," constituye un debilitamiento de las relaciones interpersonales entre los miembros del grupo primario y consecuentemente, un cierto estadio de inferioridad estructural de tal familia frente a otras; en tercer lugar, desde el punto de vista psicológico, la estructuración de la personalidad del huérfano va a sufrir desajustes que le harán diferir en mayor o menor grado de la personalidad del niño con padres.

Al fallecer la madre, la economía de la familia sufre un menoscabo transitorio, fundamentalmente en lo que se refiere a los gastos que deben hacerse para el sepelio y al reajuste del gasto familiar subsecuente; este cambio no reviste gran importancia, puesto que la familia o los parientes políticos o las amistades del cónyuge, dada la estructuración cultural del mexicano, tienden a la protección de los hijos con mayor frecuencia cuando es la madre quien fallece, que lo que suele acontecer cuando es el padre el fallecido. Tal situación puede prolongarse por algún tiempo; mas en aspectos sexuales, el mexicano es el sujeto activo y nada le impide la búsqueda de una nueva esposa que además se haga cargo del cuidado de su hogar y de sus hijos. La figura paterna se hace más clara para los hijos y su autoridad se hace sentir con mayor intensidad que cuando la madre estaba viva. El varón tiende a preocuparse menos que la mujer en cuanto se refiere a mantener vivo el recuerdo de quien ha fallecido y ello se manifiesta —según apuntan Casis y colaboradores¹⁴— en que no se conservan objetos que pertenecieron a la madre muerta y, en la mayoría de los casos, los hijos no asisten al sepelio, ni participan en forma activa en los ritos funerarios. De acuerdo con lo anterior, la muerte de la madre, desde el punto de vista sociológico, va a representar una situación de gravedad transitoria para la familia que se desintegra, mas ésta no requiere de la existencia de organismos sociales específicos que se encarguen de la tutela de los huérfanos de madre, ya que las estructuras sociales existentes tienden rápidamente a crear un ambiente más favorable. Ya Leñero Otero¹⁵ señala que tres cuartas partes de las familias

mexicanas entrevistadas por su grupo revelan un claro predominio masculino en su comportamiento.

Desde otro ángulo la pérdida de la madre adquiere una importancia definitiva si se considera la estructuración de la personalidad del niño. Spitz¹⁶ señala que durante el primer año de vida "la madre sirve de intérprete de toda percepción, de toda acción y de todo conocimiento" del niño. Su influencia afectiva es vital en el desarrollo psicológico de la individualidad.

No existen en México muchos estudios que se refieran a las consecuencias que sobre la estructuración de la personalidad del niño tiene la pérdida de la madre. Dos tesis recepcionales^{14, 16} proporcionan los datos que se analizan a continuación: la muerte de la madre afecta en grado variable a la personalidad del niño, en función de la edad que éste tenga cuando ella fallece y las posibilidades de encontrar un sujeto que la sustituya. Los traumas psíquicos que puede dejar la muerte materna serán mayores cuando el niño no ha superado la etapa oral, es decir, cuando no ha rebasado la edad promedio de un año y medio, y se verán incrementados cuando el hijo sea el primogénito o pierda a la madre en el momento de su nacimiento. En las familias estudiadas, generalmente existían hermanos mayores, muchos de ellos del sexo femenino que pudieron sustituir la figura materna.¹⁴ La causa y el momento en que se produce la muerte también tienen repercusión. Si la causa de la muerte fue una enfermedad de evolución prolongada, los efectos de ella son menos traumáticos para el niño que en el caso de tratarse de enfermedad o accidente súbitos. Por último, importan las relaciones de la madre con

el niño que, en los casos investigados, fueron inadecuadas por haberse tratado de madres que cayeron en extremos: o bien no proporcionaron suficiente gratificación al niño o la dieron en demasía.

Aunque no se hace referencia a la muerte de la madre en aquellos casos en que la causa de la muerte fue debida a alguna complicación del embarazo, del parto o del puerperio, se pueden establecer algunas consideraciones. La muerte de la madre es generalmente una muerte súbita; si se piensa que el desenlace esperado a un embarazo es el nacimiento de un niño, se puede comprender el trauma que ocasiona, cuando acontece en ese instante; además de la falta de la figura materna para el niño que sobrevive al parto en el cual falleció la madre, es probable que consciente o inconscientemente, le sea agregado un sentimiento de culpa, porque al nacer él, murió la madre. Casis²⁴ señala que la muerte de la madre antes de la solución de la fase llamada "edípica," la que en nuestro medio, por las estructuras sociales que rodean al niño y su falta de independencia, llega hasta los siete y medio años, ocasiona trastornos en la conducta de los huérfanos, a saber: sentimiento de culpa, aislamiento y conducta sumisa frente al padre y agresiva hacia los hermanos. Si la información de la muerte de la madre le fue proporcionada por otra persona diferente al padre, habrá una mayor tendencia a la fantasía y al escape de la realidad.

Comparado el patrón de conducta del huérfano de madre con el huérfano de padre, el primero sufre consecuencias traumáticas menores dada la estructura social del medio ambiente mexicano, y la fase de reorganización de conducta y

personalidad se puede efectuar en un tiempo menor, sobre todo cuando, como es frecuente en el país, existen hermanos de edades mayores.

El estudio biomédico de la muerte materna basa su importancia en la consecuencia que el deceso tiene para el desarrollo de la ciencia médica en general, en los aspectos de investigación, prevención, docencia e información. Asimismo puede relacionarse con aspectos de índole sociopolítica entre los cuales, se deben citar los concernientes a legislación y elaboración de normas y pautas de conducta para el personal médico y paramédico a nivel de práctica privada e institucional.

Este tipo de estudios requiere la integración de un grupo formal, cuya existencia esté legalmente reconocida dentro de una estructura médica dada. La Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (F.I.G.O.) ha impulsado la creación de los llamados comités o comisiones de mortalidad materna entre las asociaciones nacionales de esta rama las que, a su vez, han colaborado para llevar la idea hasta el nivel local.

En las siguientes líneas se describirá someramente la organización, el funcionamiento y los resultados alcanzados por una de estas comisiones de mortalidad materna, el Comité de Mortalidad Materna del Hospital de Gineco-Obstetricia No. 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social, establecido el primero de junio de 1971.

Aspectos biomédicos

El objetivo fundamental del Comité se puede resumir en los siguientes términos: determinar en cada muerte materna los factores causantes o concurrentes en el

hecho que contribuyan a explicar la naturaleza de la muerte y que señalen tanto la previsibilidad como la responsabilidad en la forma más objetiva posible.

La medicina moderna, como todas las ciencias, necesita instrumentos que permitan una evaluación tanto cuantitativa como cualitativa de su desarrollo, y es por eso que el Comité de Mortalidad Materna viene a cumplir con ese cometido dando, con apego a los principios éticos, científicos y tecnológicos, los lineamientos generales que permitan la valoración de la calidad de los médicos gineco-obstetras, y de las instituciones dentro de un contexto sociocultural determinado.

Sus finalidades se encaminan a la reducción de los niveles de mortalidad, no con acciones directas sobre el paciente, sino con actividades que contribuyan a la elevación de la capacidad técnica y académica del personal médico y paramédico, a la promoción de prácticas operacionales, a la orientación de las autoridades asistenciales conectadas con dicha atención y al otorgamiento de una proyección constructiva del ejercicio de la medicina, estimulando la responsabilidad profesional y social del médico.

Para hacer posibles los estudios de mortalidad materna, son indispensables los siguientes elementos:

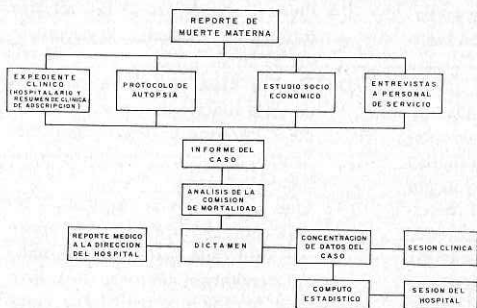
- 1) Que se disponga de un registro completo y adecuado de nacimientos y de defunciones maternas;
- 2) Que se haga el análisis científico de cada muerte materna, de acuerdo a criterios y reglas uniformes dentro de límites de confidencialidad y respeto;
- 3) Que se cuente con organismos legalmente constituidos, con personal calificado para la evaluación del fenómeno, tanto en lo individual de cada muerte materna, como en la generalidad de esas muertes;
- 4) Que se esté en posibilidad de actuar, de acuerdo con las finalidades del Comité de Mortalidad Materna.

A mediados del año de 1971 comenzó a funcionar un grupo de cinco gineco-obstetras, dos patólogos, un anestesiólogo y dos residentes del Curso de Especialización en Gineco-Obstetricia, en un Comité de Mortalidad Materna legalmente establecido por las autoridades del Hospital.¹⁷ De inmediato se le dio una organización que esquemáticamente se muestra en la figura 2.

A lo largo de tres años de actividades, se ha venido trabajando semanalmente para estudiar cada muerte materna ocu-



2 Organograma del Comité de Mortalidad Materna.



3 Funcionamiento del Comité.

rrida en el Hospital, en la forma que se esquematiza en la figura 3.

La experiencia reunida a lo largo de este período ha permitido tener la firme convicción de que el trabajo emprendido es útil y sus resultados pueden ser de gran valor para el desarrollo de la práctica gineco-obstétrica diaria. Si bien es cierto que las funciones que dicho comité ha desempeñado son adecuadas para alcanzar el objetivo propuesto, la confrontación con la realidad imperante ha servido para demostrar, dialécticamente, que aún falta mucho terreno por avanzar en el estudio de la mortalidad materna y que los métodos convencionales, sugeridos hasta la fecha, aparentemente han dejado de lado ciertos aspectos estructu-

rales que impiden una valoración correcta y completa de la problemática implícita en el fenómeno de la mortalidad materna. Estos factores, de índole socio-económica, ideológica y cultural, esbozados sumariamente en la primera parte del trabajo, se pueden concretar en un nuevo intento de definición de funciones para un Comité de Mortalidad Materna, como se muestra en la figura 4.

Dos de las funciones han sido llenadas satisfactoriamente, la evaluativa y la informativa; una más ha sido cumplida parcialmente, la educativa; y dos no han sido aún emprendidas, la investigativa y la normativa.

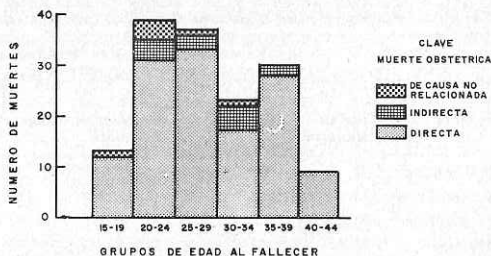
Sería largo describir la trayectoria seguida por el Comité en el análisis de 151



4 Funciones del Comité.

SAMUEL KARCHMER Y COL.

5 Muertes maternas según edad al fallecer y clase de muerte. Hospital de Gineco-Obstetricia No. 1, I.M.S.S. (Junio de 1971-mayo de 1974.)



defunciones maternas ocurridas en el Hospital del 1o. de junio de 1971 al 31 de mayo de 1974. La formación de un grupo, su interiorización de las pautas de funcionamiento, la toma de conciencia de sus integrantes bajo una mística común de trabajo, o la simple definición de los términos adecuados para emprender el estudio, pueden dar idea de la complejidad de la tarea. Algunos de los resultados alcanzados hasta la fecha serán mostrados a continuación.

Las muertes maternas ocurridas en el periodo abarcan la etapa reproductiva de la mujer y la edad promedio para el grupo fue de 29 años (fig. 5).

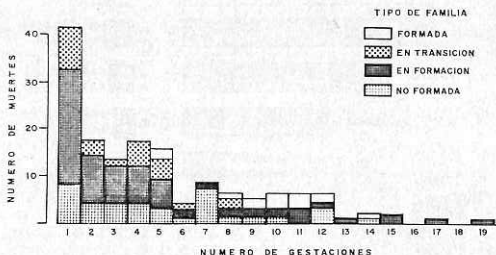
En su mayoría las fallecidas estaban casadas y su vida sexual activa, también en promedio, había tenido una duración

de nueve años, durante los cuales 66 mujeres (44 por ciento del total), habían tenido de dos a seis embarazos; 44 (29 por ciento) habían tenido más de siete, con un máximo de 19, y las restantes 41 (27 por ciento) eran primigestas (fig. 6).

Por otra parte, si se hace referencia al tipo de familia según la duración de la vida sexual activa, tomándola como equivalente a la duración del matrimonio, los datos del cuadro 1 muestran algunos aspectos de interés.

El mayor número de madres muertas correspondió a quienes tenían familias en formación, con hijos menores de diez años, y de ellas casi todas estaban casadas o vivían en concubinato. El segundo tipo, según importancia cuantitativa, correspon-

6 Muertes maternas según tipo de familia de la fallecida y gestaciones cursadas. Hospital de Gineco-Obstetricia No. 1, I.M.S.S. (Junio de 1971-mayo de 1974.)



Cuadro 1 Mujeres fallecidas según tipo de familia, paridad y estado civil

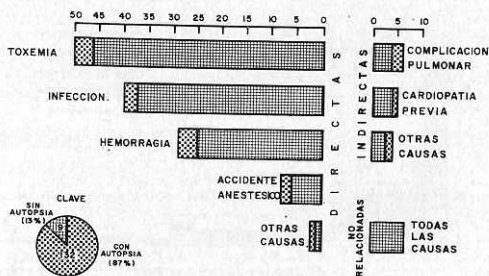
Familia	Total de defunciones	Paridad y estado civil						
		Nulíparas			Multíparas y grandes multíparas			
		Solteras	Casadas	Unión libre	Solteras	Casadas	Unión libre	Viudas Divor.
No formada	38	30		8				
En formación	74		13			54	6	1
En transición	24		7			9	5	1
Formada	15		4			9	2	
Total	151	30	24	8		72	13	2

dió a madres solteras que no habían tenido antes ningún parto y mujeres que vivían en concubinato sin haber tenido antes un hijo, es decir, no poseían realmente una familia formada.

Las causas de la muerte de estas pacientes han sido distribuidas de acuerdo con las recomendaciones de la F.I.G.O.,¹⁸ como sigue: a) "obstétricas directas, resultado de complicaciones del estado grávido puerperal, de intervenciones, omisiones, tratamientos incorrectos o de una sucesión de eventos resultantes de cualesquiera de las mencionadas" b) "obstétricas indirectas, como resultado de una enfermedad previamente existente o que se desarrolla durante el embarazo, la cual no fue debida a causas obstétricas direc-

tas, pero que fue agravada por los efectos fisiológicos del embarazo" y c) "obstétrica no relacionada, o sea la que resulta de causas accidentales o incidentales no relacionadas con el embarazo y su manejo."

Las causas obstétricas directas representaron 85 por ciento del total de defunciones, las indirectas 10 por ciento y las no relacionadas 5 por ciento (fig. 7). De acuerdo con los lineamientos de trabajo del Comité, se obtuvieron 132 protocolos correspondientes a autopsias realizadas, lo que revela en total, 87 por ciento de autopsias. Cabe mencionar que este porcentaje de autopsias se ha incrementado, desde poco más del 30 por ciento antes de la instalación del Comité de Mortali-



7 Número de muertes obstétricas. Muertes maternas estudiadas por el Comité según causa y autopsia. Hospital de Gineco-Obstetricia No. 1, I.M.S.S. (Junio de 1971-mayo de 1974.)

SAMUEL KARCHMER Y COL.

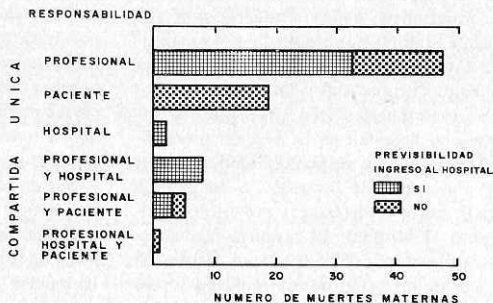
dad Materna, hasta 75 por ciento en 1971 y prácticamente a 100 por ciento en la actualidad (1974).

En términos generales todas las muertes obstétricas directas correspondieron a uno de cuatro grupos de causas: toxemia del embarazo (39 por ciento del total), infecciones en general (31 por ciento), hemorragias (22 por ciento) y accidentes anestésicos (6 por ciento); sólo dos muertes tuvieron etiología diferente. Entre las causas obstétricas indirectas, quince en total, las enfermedades pulmonares y las cardíacas principalmente son responsables de la muerte en once casos; otras causas, como diabetes, trombosis cerebral y apendicitis, contribuyeron con cuatro muertes. Las muertes no relacionadas con el embarazo correspondieron todas a procesos infecciosos a excepción de un caso de leucemia. El manejo de estas pacientes, desde el punto de vista del Comité, entraña factores de responsabilidad médica, hospitalaria y propios de la paciente, puesto que la interrelación de estos tres componentes marca los límites de una situación real dentro de la cual el desenlace es la muerte.

Desde un punto de vista operacional, la F.I.G.O.¹⁸ conceptúa como: a) "res-

pensabilidad profesional, la que se refiere a los casos que son errores de juicio, de manejo y de técnica, e incluye fallas para reconocer la complicación o su evaluación apropiada. También incluye precipitaciones, demoras en las intervenciones y fallas en utilizar los métodos actualizados;" b) "responsabilidad hospitalaria, cuando se relaciona con las facilidades que debe prestar el hospital o institución (sección obstétrica, banco de sangre, anestesia, rayos X, laboratorio, etc.)" y c) "responsabilidad de la paciente, la que debe ser reconocida pero no constituir nunca una excusa por incompetencia profesional." Se agrega además a esta relación de los factores de responsabilidad, el caso de que ella no quede determinada, debido a que la evidencia presentada sea inadecuada y no pueda tomarse una decisión.

Paralela a esta clasificación se encuentra la correspondiente a "previsibilidad de la muerte," que señala que "es una muerte debida a tratamiento defectuoso de la unidad obstétrica, de otros servicios antes de su admisión, de condiciones adversas de la comunidad (transporte), falta de confianza en los servicios, omisión en buscar consejo, etc."



8 Muertes maternas según responsabilidad determinada y previsibilidad. Hospital de Gineco-Obstetricia No. 1, I.M.S.S. (Junio de 1971-mayo de 1974.)

En la figura 8, se presentan los resultados obtenidos cuando la calificación de la responsabilidad recayó en el profesional, el hospital o la paciente, en forma individual o compartida, así como si la muerte era o no previsible.

Conviene aclarar que de 129 muertes obstétricas directas en el periodo estudiado, doce de ellas no entrañaron factores de responsabilidad, en otras seis no fue posible determinarla y en 28 más, aunque existía algún responsable, había cierta indeterminación que planteaba interrogantes.

En 83 casos (64 por ciento del total de muertes), la asignación de responsabilidad pudo ser dada a cualesquiera de las partes implicadas, en forma individual o combinada, como se muestra en la figura. El 58 por ciento de estas muertes fue catalogado como de responsabilidad profesional, todas ellas previsibles de acuerdo a la definición adoptada; se pudo prever la muerte a su ingreso al hospital en dos de cada tres casos. El 23 por ciento del total de muertes representa aquellos casos en los cuales la paciente fue la responsable de su fallecimiento y generalmente corresponde a infecciones consecuencia de aborto en las que, al ingreso al hospital, no era previsible (de acuerdo a la definición dada) la muerte de la paciente. En 10 por ciento la responsabilidad fue debida a fallas en la asistencia médica (profesional y hospitalaria) y todas esas muertes eran previsibles al ingreso al hospital; en la relación profesional-paciente, la responsabilidad recae en 8 por ciento de los casos y, en tres de cada cinco, el deceso era previsible al ingreso al hospital. El hospital fue directamente responsable en 2 por ciento, en casos de infección intrahospitalaria y sólo

en el uno por ciento restante, la interacción de los tres factores dio como resultado la muerte de la paciente.

Discusión

Generalmente la mortalidad materna ha recibido una sobrevaloración por el hecho de considerarla como indicador de atención médica y de los adelantos socioeconómicos y culturales de una comunidad. De acuerdo con lo expresado en este trabajo, se puede inferir que dicho indicador no tiene la magnitud necesaria para ese objetivo. Como problema de salud pública, la mortalidad materna sólo afecta a un sector de la población, la mujer embarazada, y el riesgo de muerte es relativamente bajo: 0.15 por ciento del total estimado de embarazos, es decir, menos del uno por ciento requerido de población susceptible al daño, según opiniones de expertos. La muerte materna, por otra parte, no representa un daño económico a nivel social, puesto que dadas las características de ocupación y empleo de la mujer en un país en proceso de desarrollo como es México, no forma parte importante de la fuerza de trabajo. Socioculturalmente, tiene un gran contenido simbólico, pero dentro del contexto de la realidad objetiva, la muerte de la madre no afecta grandemente las relaciones sociales entre pequeños grupos, debido a que hay sustitutos inmediatos de las funciones maternas en una sociedad que aún no ha tomado como tipo mayoritario de familia, la familia nuclear.

Sin embargo, desde el punto de vista de estructuración de la personalidad del huérfano de madre, parece ser a la luz de una experiencia aún por comprobar, que la muerte materna reviste características

dignas de estudio, ya que parte de la problemática del adolescente y del adulto nace de este tipo de conflictos enmarcados dentro del campo de la desintegración familiar. Los datos que se presentan como una muestra no representativa de la mortalidad materna en el país, indican que la mayor parte de las mujeres fallecidas pertenecían a familias de las que se catalogan como en proceso de formación, lo que traduce la presencia de hijos menores de diez años.

Para conocer detalladamente el problema ocasionado por la mortalidad materna, diversos organismos han propuesto la creación de comités específicos de estudio, con el fin de llenar una primera etapa operacional en el conocimiento y comparabilidad de la magnitud y característica del daño y, además, lograr el establecimiento de correlaciones anatomoclínicas en entidades patológicas diferenciadas.

El Comité de Mortalidad Materna del Hospital de Gineco-Obstetricia No. 1, ha adoptado una organización y una técnica de trabajo con funciones determinadas, tratando en lo posible de ajustar su funcionamiento a las normas generales de la F.I.G.O.

Los resultados alcanzados durante esta primera época de evaluación e información han abierto un nuevo horizonte a la investigación del fenómeno. Sin que qupa discutir aquí los planteamientos hechos por el organismo internacional citado, desde ahora se puede prever que se avecinan importantes cambios en todos los aspectos de estructuración, objetivos y funciones de los comités de mortalidad materna. Algunos países como los Estados Unidos de Norteamérica, Canadá y Australia, han avanzado rápidamente en el

estudio de la etiología de la muerte materna, en la medición del daño que ocasiona, en la proyección de los estudios hasta más allá de los muros hospitalarios. La aportación que se pretende lograr a lo largo de estas consideraciones, es ubicar dentro del marco de la sociedad global, las causas de orden socioeconómico y cultural que rodean a la muerte materna, en una proyección más nítidamente humana de la medicina.

Entre los datos presentados no se ha hecho referencia específica a tasas de mortalidad materna, que estadísticamente son útiles en la determinación del riesgo de morir; la razón es que una tasa puede resultar imprecisa si no se define perfectamente qué es lo que se desea medir y, consecuentemente, dar lugar a inferencias falaces. Por lo que se refiere a los datos obtenidos por el comité, se dan a continuación algunas cifras comparativas con otros países o instituciones, sólo a manera de consideraciones generales, pues en tanto no se proceda a la realización de funciones normativas e investigativas que permitan conocer la especificidad de los componentes de la tasa, es imposible hablar de riesgo. Para el periodo considerado, la mortalidad materna por diez mil nacidos vivos fue de 24.55 y aquella considerada como previsible al ingreso de la paciente al hospital fue de 11.78. Según datos de Rebolledo¹⁹ en el Hospital de Gineco-Obstetricia No. 3 del I.M.S.S. la cifra correspondiente fue de 14.38 por diez mil nacidos vivos en tasa general durante el periodo comprendido entre 1964 y 1968; en el Hospital de Gineco-Obstetricia No. 2 del mismo Instituto, fue de 14.47. En un Hospital de Zona del Departamento del Distrito Federal la tasa fue de 70.02 por diez mil nacidos

vivos. En 1964-1969, en Australia,²⁰ la tasa general de mortalidad materna fue de 3.5 por diez mil nacidos vivos y en Ibadan, Nigeria,²¹ durante 1962-1971, la tasa media fue de 82 por diez mil, que contrasta fuertemente con el dato del Grady Hospital de Atlanta,²² que en el mismo periodo registró 11 defunciones de cada diez mil nacidos vivos. Estas cifras, que difieren en su valor absoluto, no permiten una comparación cualitativa de la atención médica en virtud de que son diferentes las condiciones sociales de las poblaciones en que se registraron las muertes. Así el Hospital de Gineco-Obstetricia No. 1 es un hospital de concentración para pacientes gineco-obstétricas complicadas y recibe aquellos casos que le son canalizados por un hospital filial, el Hospital de Gineco-Obstetricia No. 1-A que se encarga, nominalmente, de la atención de casos no complicados; además, una gran parte de los servicios médicos que proporciona a través del servicio de urgencias, son casos de aborto. Estos factores condicionan, probablemente, una tasa elevada de mortalidad materna que es necesario descomponer analíticamente, para conocer el verdadero riesgo de muerte.

Al intentar el análisis de los factores de responsabilidad y de previsibilidad de la muerte materna, de acuerdo a las definiciones manejadas, se encontraron algunos aspectos positivos y otros negativos.

En cuanto a la labor positiva que aportan las definiciones, se puede manifestar que es encomiable tratar de unificar bajo criterios homogéneos, los índices manejados por los comités de mortalidad materna. Tan es así, que el primer paso en la solución de un problema es la identificación de su existencia y ello se logra a

través de esos datos crudos, pero comparables, de los riesgos que confronta la embarazada en diferentes latitudes del mundo.

Organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud, señalan al respecto de tasas de mortalidad hospitalaria que "en este campo, es mejor que se establezcan criterios y definiciones a nivel de cada hospital";²³ con base en estas definiciones, la F.I.G.O., podría tratar de estructurar una nueva definición de mortalidad materna operacional y más precisa que la vigente y proponerla como un segundo paso en el estudio del fenómeno.

Durante el periodo que lleva el Comité funcionando, pudo detectar las limitaciones del estudio, sin un marco de referencia más preciso que el dado por el conjunto de recomendaciones técnicas y aspectos doctrinarios manejados hasta el momento. La conclusión a la que se ha llegado es que, para asignar la responsabilidad bien sea del cuerpo médico o paramédico, del hospital o de la paciente, es necesario tomar en cuenta, por un lado, si se califica la responsabilidad del médico en función de la muerte de la madre y, por otro, el que se ignora cuántas de ellas, en condiciones patológicas similares fueron evitadas, con idéntico tratamiento, con iguales errores de juicio o apreciación, con similares limitaciones técnicas, institucionales o sociales. El juicio de responsabilidad se transforma en algo irreal y, por lo tanto, la valoración corre el riesgo de utilizar como marco de referencia una utopía; se podría uno preguntar si el 58 por ciento de las muertes cuya responsabilidad fue asignada al profesional, todas ellas previsibles, son realmente el resultado de una preparación

técnica defectuosa y de actitudes erradas del profesional anónimo o si corresponden al interjuego de personas que actúan en un grupo dinámico en un momento dado y en una situación que se modifica. En otras palabras, ¿la suma de factores de irresponsabilidad profesional individual da como resultado la responsabilidad profesional en el acaecer de una muerte materna?

Todo orienta a creer que es necesario definir dentro de un marco de referencia que comprenda la situación social, la situación profesional y la situación institucional, cuál es el verdadero sentido del concepto "responsabilidad" y cuáles son las implicaciones que tiene, si se le considera genéricamente o como el de personas que realizan actividades tendientes a preservar la vida de la madre.

Al conocer y evaluar la naturaleza de la muerte en sus aspectos de magnitud y características con aquellos conceptos relacionados con previsibilidad y responsabilidad, las funciones educativas y normativas se hacen concretas, y así, pueden objetivarse las normas de diagnóstico, tratamiento y manejo de la embarazada, llevándose teóricamente hasta un nivel de generalidad tan amplio como se desee, pero siempre en contacto e interacción con la realidad prevalente, puesto que la norma es una pauta de acción, pero no de cumplimiento legalmente obligatorio.

La misma definición objetiva de responsabilidad y previsibilidad, al recaer sobre seres físicos en interrelación, orienta hacia la estructuración de programas y planes de enseñanza, no sólo para el beneficio del personal médico, sino de todo tipo de personal involucrado en la atención y administración de las acciones concurrentes en un embarazo. La medi-

cina aborda así, con un equilibrado enfoque selectivo, el estudio de procedimientos dirigidos, primero a todos los grupos humanos, después a núcleos comunitarios parcelares y finalmente a sujetos aislados. La acción médica atiende, o debería atender, con carácter prioritario la agresión ecológica a grandes grupos y la humanidad toda, organizadamente, habría de buscar el empleo de sus valores dentro de ese escalonamiento natural de necesidades.

Sin afectar para nada los valores inminentes, éticos, científicos, humanitarios, de la operación de aportar salud al nivel personal médico-paciente, puede afirmarse que es poco admisible el enfoque individualista del ejercicio médico si no está enmarcado dentro del previo estudio colectivo que persigue el beneficio de todos. ¿Puede vanagloriarse el hombre de estar desentrañando verdades si no procura que ellas alcancen a los demás, que son sus semejantes? ¿Qué debe cuidar más la humanidad organizada: el descubrimiento de hechos no conocidos o su proceso aplicativo a todos los sectores que la integran? ¿Qué tanto está más justificado buscar la ciencia nueva por sí misma que invertir lo suficiente en que todo ser humano disfrute de lo que ya se sabe?

Y en la escala de los valores que integran el bienestar de los seres racionales, la promoción de la salud debe ocupar el más alto lugar y la medicina, ciencia humanística por excelencia y fuerza moral que supera todo factor de diferencia entre grupos humanos, ha de ser preferida como elemento de distribución de recursos, como un maravilloso vector de equilibrio que contrarreste divisionismos ideológicos, socioeconómicos, políticos y de toda índole. Ninguna doctrina ni frontera se

oponen a las aportaciones aplicativas que produzcan la medicina y sus derivaciones sociales.²⁴

El Hospital de Gineco-Obstetricia No. 1, con numerosos cursos de especialización, con nutridas sesiones de servicio, con incontables reuniones de discusión de casos clínicos, le ha enseñado al Comité de Mortalidad Materna que más importante que la enseñanza es el aprendizaje, que más importante que el personal es el ser humano, que más importante que el ser humano es el hombre.

Recomendaciones

Inmediatas

Que se fortalezcan las acciones tendientes a la creación de comités de mortalidad materna en hospitales, por su posibilidad de aportación de datos íntegros y veraces que permitan establecer un dictamen final.

Que se de mayor impulso a las funciones del Comité Nacional de Mortalidad Materna para la recopilación de datos y la institución de normas operacionales.

Que se investigue la situación social, profesional e institucional de cada centro hospitalario, con el fin de captar objetivamente los factores de responsabilidad y previsibilidad.

Que las evaluaciones periódicas del Comité de Mortalidad Materna sirvan para proponer soluciones específicas y normativas a los problemas médico-institucionales.

Que se establezcan programas educativos a nivel del personal médico y paramédico de cada institución en base a los resultados alcanzados por los comités.

Mediatas

Que se amplíen las funciones del Comité de Mortalidad Materna, a fin de ubicar adecuadamente el contexto médico social en que la muerte ocurre (profesional, institucional y de la paciente).

Que se conozca y contribuya en la evolución satisfactoria del conflicto acarreado por la muerte materna en el núcleo familiar.

Que se establezcan en forma permanente programas educativos de problemas sanitarios y de cultura médica en los núcleos de población durante la etapa grávidopuerperal, utilizando todos los medios masivos de comunicación.

Que el Comité Nacional de Mortalidad Materna proponga la realización de estudios específicos de carácter epidemiológico y social sobre mortalidad materna.

Que a través del Comité Nacional de Mortalidad Materna se recomiende a la F.I.G.O. la ampliación de funciones y el estudio de definiciones operacionales acordes con los nuevos marcos de referencia sociocultural y médico institucional.

El doctor Samuel Karchmer se graduó en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México en 1957. Efectuó su internado rotatorio en Canadá y posteriormente su carrera hospitalaria en la entonces llamada Maternidad No. 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social. Su curso de especialización en Gineco-Obstetricia lo completó en 1966. Obtuvo el grado de Maestro en Ciencias Médicas en 1969 y el de Doctor en Ciencias Médicas en 1972, este último con la tesis "Influencia de la nutrición materna sobre el estado grávido puerperal y el recién nacido". Es profesor de clínica de Gineco-Obstetricia de la Facultad de Medicina y profesor adjunto de especialización en igual disciplina en la División de Estudios Superiores de la propia Facultad. Su producción científica es muy vasta y de ella se da cuenta en

más de 150 trabajos publicados en la literatura nacional y extranjera. Después de haber sido jefe de departamento clínico en el Hospital de Gineco-Obstetricia No. 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social, es actualmente jefe del Departamento de Investigación del propio establecimiento. La Academia Nacional de Medicina lo recibió como miembro numerario de su Departamento de Cirugía el 9 de octubre de 1974.

REFERENCIAS

- Carrión, J.: *Mito y magia del mexicano y un ensayo de autocrítica*. México, Ed. Nuestro Tiempo. 1970, p. 87.
- Paz, O.: *El laberinto de la soledad*. México, Fondo de Cultura Económica. 1969, p. 55.
- Organización Mundial de la Salud: *Principles for a vital statistics system*. Nueva York, United Nations Press. 1953, p. 9.
- Brockington, F.: *La salud en el mundo*. Buenos Aires, E. U. de B. A. 1958, p. 67.
- VI y IX Censos Generales de Población, México. Direc. Gral. de Estadística. 1940 y 1970.
- Lewis, O.: *Urbanización sin desorganización*. En: *Industrialización en América Latina*. Kahl, J. A. (Ed.). México, Fondo de Cultura Económica. 1965, p. 455.
- Leñero Otero, L.: *La integración familiar en los países en vías de desarrollo*. En: *Desarrollo; estudios sobre estructuración social*. México, Inst. Mexicano de Estudios Sociales. 1965, p. 9.
- Organización de las Naciones Unidas: *Población y familia*. Documento de trabajo para la Conferencia Mundial de Población. Bucarest. 1974.
- Lewis, O.: *Los hijos de Sánchez. Autobiografía de una familia mexicana*. México, Fondo de Cultura Económica. 1964.
- Kahl, J. A.: *Tres tipos de trabajadores industriales mexicanos*. En: *Industrialización en América Latina*. Kahl, J. A. (Ed.). México, Fondo de Cultura Económica. 1965, p. 217.
- Ramos, S.: *El perfil del hombre y la cultura en México*. Buenos Aires, Espasa Calpe Argentina, S. A. 1951.
- Béjar Navarro, R.: *El mito del mexicano*. México, Dir. Gral. Publ. U.N.A.M. 1968.
- Leñero Otero, L.: *Investigación de la familia en México*. México, I.M.E.S. 1971.
- Casis, J. A.: *Hallazgos psicológicos en un grupo de adolescentes mexicanos, huérfanos tempranos*. Tesis recepcional. México, Esc. de Psicología, U.N.A.M. 1968.
- Spitz, J.: *El primer año de vida del niño*. 2a. ed. Madrid, Aguilar. 1965, p. 23.
- Selle, R. I.: *Motivación del logro en huérfanos tempranos*. Tesis recepcional. México, Esc. de Psicología, U.N.A.M. 1969.
- Karchmer, S.: *Normas del Comité de Mortalidad Materna*. México, Hospital de Gineco-Obstetricia No. 1, I.M.S.S. 1971.
- International Federation of Gynaecology and Obstetrics: *Report on the activity of the Committee on Maternal Mortality*. J. Int. Fed. Gynaec. Obstet. 5:302, 1967.
- Rebolledo, M.; Zetina, F.; Espinosa de los Reyes, V.; Lascurain, L. y Domínguez, H.: *Mortalidad materna en el Hospital de Gineco-Obstetricia No. 3 del Centro Médico "La Raza"*. Ginec. Obstet. Méx. 29:51, 1971.
- Miller, J. M.: *Second Report of the South Australian Special Medical Committee on Maternal Mortality for the period January 1964 to December 1969*. Med. J. Aust. 1: 121, 1973.
- Ojo, A. O. y Savage, V. Y.: *A ten year review of maternal mortality rate in the University College Hospital, Ibadan, Nigeria*. Amer. J. Obst. Gynec. 118:517, 1974.
- Hardy, W.; Freeman, M. G. y Thompson, J. A.: *A ten-year review of maternal mortality*. Obst. Gynec. 43:65, 1974.
- Oficina Sanitaria Panamericana: *Glosario de términos hospitalarios*. Publ. Cient. No. 261. Washington, O. P. S. 1973.
- Castelazo Ayala, L.: *Importancia de los estudios de mortalidad materna en la medicina institucional*. GAC. MÉD. MÉX. 104:36, 1972.

COMENTARIO OFICIAL

VÍCTOR ESPINOSA DE LOS REYES *

Agradezco a la mesa directiva de esta honorable Academia la distinción de que he sido objeto al designarme comentarista del trabajo que presenta el señor doctor Samuel Karchmer para ingresar como miembro numerario a nuestra Corporación.

Lamento no disponer de un mayor tiempo para comentar con mayor amplitud tan excelente trabajo, ampliamente documentado y que demuestra, a través de la profundidad de sus conceptos, los sólidos conocimientos que tienen el autor y sus colaboradores sobre ciencias sociales y ginecología-obstetricia.

De un tiempo no lejano a la fecha hemos observado con agrado la frecuencia con la que, en este recinto, se presentan trabajos sobre aspectos médicosociales en relación con la medicina, lo que demuestra la creciente preocupación que sobre este tema tienen clínicos e investigadores; pero no en forma aislada, como sucedía, sino formando equipo con otras disciplinas, para trabajar en forma conjunta ciencias sociales y médicas, siguiendo la idea, ya expresada hace un siglo, de que la medicina es una ciencia humanista y social. Desgraciadamente, el desarrollo tecnológico de las ciencias biológicas nos había hecho olvidarlo y ahora observamos con agrado que con mayor frecuencia volvemos a la correcta ubicación, como queda demostrado en el trabajo motivo de este comentario.

La medicina, como ciencia biológica que es, está fundada en una perspectiva ecológica de los organismos y de la vida, perspectiva que con frecuencia mayor de lo deseable se olvida. Cabe hacer mención, sobre todo después de leer con detenimiento la comunicación, el profundo sentido ecológico aplicado, al estudiar las relaciones existentes entre las 151 defunciones, que representan los organismos y las circunstancias que influyeron en la muerte, que representa el medio en que vivieron.

* Académico numerario. Jefatura de Planeación y Supervisión Médica. Instituto Mexicano del Seguro Social.

Al leer y releer con gran satisfacción los diferentes capítulos del trabajo, hay uno que en mi opinión vale la pena estudiar y meditar más profundamente. Es el que se refiere a los efectos de la muerte de una madre sobre el núcleo familiar, los fenómenos que se producen en su integridad y organización, su acción sobre la dinámica de la familia y la alteración en las relaciones psicosociales de los diferentes miembros de ella. Por todo lo dicho en ese capítulo, con magnífico sentido, en una de las recomendaciones mediatas se indica "que se conozca y contribuya en la evolución satisfactoria del conflicto acarreado por la muerte materna en el núcleo familiar". Quizá todo este comentario pudiera ser dedicado a este aspecto, pero sin olvidar correlacionarlo con el tipo de familia, estado civil, clase de muerte y responsabilidad.

Un problema técnico de suma importancia, es el que se refiere a la dificultad existente para reconocer y utilizar indicadores de salud en una población. Los indicadores utilizados en la actualidad representan los esfuerzos por objetivar el daño a la salud o la magnitud de la enfermedad de una población determinada, pero muchos de ellos son indicadores con los cuales no se puede tener todavía suficiente precisión sobre los factores determinantes, no tanto para explicar la génesis de los problemas sino, con sentido programático, para propiciar soluciones de los mismos.

Tal es el caso de tasas de mortalidad por gastroenteritis infecciosas, la morbilidad por neurosis y psicosis y de la esperanza de vida. Sin embargo, y en acuerdo total con los autores, el índice de mortalidad materna sí es un indicador de salud que manifiesta directamente la cuantía y calidad de los servicios médicos a los que tiene acceso una población.

Si bien es cierto que, como indicador general, no puede diferenciar las sutilezas en las diferencias socioculturales que determinan muertes maternas, sí representa en general la acción directa que estamos obteniendo con nuestros servicios de salud. Dicho concepto

queda perfectamente claro en el trabajo, cuando se demuestra que 85 por ciento de las muertes maternas en el Hospital de Gineco-Obstetricia No. 1 del I.M.S.S. fueron por causas directas, o sea por factores vulnerables, ligados a la calidad, prontitud y organización de los servicios médicos (no sólo ginecoobstétricos), reforzando la importancia que tienen todos los esfuerzos que se hagan sobre la vigilancia prenatal y el correcto manejo del parto y puerperio.

Queda aclarado también por los autores que dichas acciones no pueden desarrollarse por simples manuales e instructivos de trabajo, sino que se requiere de la preparación técnica adecuada del personal médico y paramédico, del alto sentido de responsabilidad que deben tener y la astucia para interpretar y manejar los factores socioculturales que en forma directa influyen en el manejo de las pacientes y por lo tanto en la prevención de muertes.

Para finalizar, desearía hacer notar, en relación a los comités de mortalidad materna, que es difícil agregar algo más a lo dicho en relación a los objetivos que persiguen, su función, organización y finalidades, que en ninguno de los estudios conocidos se encuentran tan claramente explicados; y por otra parte soy un convencido de que elevan el nivel

institucional en todos sentidos, al permitir una evaluación e información de los diferentes acontecimientos que rodearon un caso de muerte. Del análisis de los datos se desprenden acciones educativas y de investigación y, finalmente, permiten elaborar normas que orienten adecuadamente el manejo de los casos.

Un hospital en donde un comité promueve que el índice de autopsias se eleve de 30 a 87 por ciento como primera etapa y a casi 100 por ciento en el presente año, merece un crédito indiscutible y un apoyo decidido por parte de médicos y autoridades. No dudo en afirmar que el Hospital de Gineco-Obstetricia No. 1 del I.M.S.S. debe su bien ganado prestigio nacional e internacional, en buena parte, a su Comité de Mortalidad Materna, que le ha permitido evaluarse y desarrollar una amplia y fructífera labor docente y de investigación y ser, hoy por hoy, la institución gineco-obstétrica más prestigiada en nuestro medio.

Felicitó al señor doctor Samuel Karchmer una vez más por su excelente trabajo y por su ingreso a la más prestigiada de las agrupaciones médicas del país. La Academia lo recibe con agrado y con la esperanza de que contribuya con su juventud, preparación e inteligencia, a aumentar el prestigio de nuestra querida Corporación.