

La mortalidad materna. Una prioridad para la investigación y la acción

Ana Langer,* B. Hernández**

Resumen

La mortalidad materna (MM) en América Latina, si bien menor que en otras regiones del mundo, continúa en niveles elevados, especialmente en los países más pobres. En México, la MM ha descendido en las últimas décadas, pero el indicador aún no se ha estabilizado. Este problema es particularmente grave en mujeres de baja escolaridad, de poblaciones rurales, áreas marginadas y de los estados más pobres de la República. La MM es un indicador sensible a las condiciones de vida de las mujeres, los niveles de fecundidad, y la cobertura y calidad de los servicios de atención obstétrica. En México, el gobierno, los organismos no gubernamentales y las agencias de cooperación y apoyo internacional han reconocido a la MM como una impostergable prioridad de salud pública, debido a que se trata de defunciones de mujeres jóvenes, susceptibles de prevención en la gran mayoría de los casos, que dejan tras de sí huérfanos y familias desintegradas. Con esta convicción, se están llevando a cabo actividades para mejorar el registro de la MM, caracterizar mejor el fenómeno a través de la investigación, difundir y crear conciencia del problema, y mejorar la atención a la salud reproductiva. Se espera que estos esfuerzos contribuyan a disminuir significativamente este problema.

Palabras clave: *Mortalidad materna, salud reproductiva, fecundidad.*

Summary

Maternal mortality (MM) in Latin America, although lower than in some other regions the world, continues to incur elevated levels, especially in the poorest countries. In Mexico, MM has declined in recent decades, but the indicator has not yet been established. The problem is particularly acute in women with little schooling, and those in rural and marginated populations and in the poorest states of the Mexican Republic. MM is a sensitive indicator of the living conditions of women, fertility levels, and the coverage and quality of obstetric attention services. In Mexico, the government, non-governmental organizations (NGOs), and agencies of international cooperation and support have recognized MM and a public health priority not to be postponed. This is because it involves the deaths of young women who susceptible to prevention in the great majority of cases, and who leave behind motherless children and disintegrated families. With this conviction, activities for improving the registry of MM, the improved characterization of the phenomenon through research, the spreading and creating of an awareness of the problem, and the bettering of attention to reproductive health are being carried out. It is hoped that these efforts will contribute to significantly to diminishing this problem.

Key words: *Maternal mortality, reproductive health, fertility.*

* Directora Regional para América Latina y el Caribe. Population Council.

** Colaborador

América Latina es considerada por organismos internacionales y Bancos de Desarrollo como una región con necesidades menos perentorias que las de otras latitudes del mundo en desarrollo. Esta consideración resulta del hecho que algunos indicadores de salud como la mortalidad infantil, la fecundidad, y la prevalencia de ciertas infecciones como el SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual, son mejores que los de África y algunos países del sudeste asiático.

Los indicadores regionales sin embargo, son un promedio que oculta profundas desigualdades entre subregiones, países, grupos sociales, grupos étnicos, y género. De hecho, América Latina es un mosaico en muchos sentidos y la salud materna no es una excepción.

La salud de la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio refleja, por una parte, el nivel socioeconómico del país, la comunidad y la familia, y la condición de la mujer y, por otra, la utilización de los servicios de planificación familiar y de atención obstétrica, así como la calidad de los mismos. La influencia de los factores socioeconómicos se revela claramente al observar que, si bien las defunciones maternas figuran entre las 10 primeras causas de muerte entre las mujeres en edad fértil en todos los países americanos, las proporciones varían sustancialmente, según el nivel de desarrollo; por ejemplo, corresponden a 20.2% en Paraguay y al 0.5% en Canadá¹. Si se clasifica a los países de América Latina según la razón de mortalidad materna (es decir, las muertes maternas por 100,000 recién nacidos vivos) se observa claramente esta asociación: la mortalidad materna más baja en Canadá y Estados Unidos, los niveles más elevados en Perú y Bolivia, y Cuba, Costa Rica y Bahamas con las razones menores de América Latina. México ocupa un lugar intermedio.¹

Al comparar los niveles de mortalidad materna en los países de América Latina y el Caribe con los de Canadá (el país con la mortalidad materna más baja de América) se observa que las diferencias son enormes. En un análisis recientemente publicado se clasificaron los países de América Latina según su fecundidad, y se analizaron las tendencias de ésta y de la mortalidad materna y se estimó el riesgo relativo de morir por causas maternas en

comparación con Canadá, entre 1970 y 1989.² En todos los países de baja, mediana y alta fecundidad la mortalidad materna descendió, si bien también en todos ellos el riesgo relativo en comparación con Canadá aumentó. En los países clasificados como de baja fecundidad Argentina, Chile, Cuba, Puerto Rico y Uruguay ésta disminuyó muy poco; la mortalidad materna descendió en un 57% en dos décadas, mientras que el riesgo relativo en comparación con Canadá aumentó en aproximadamente 61% (1.5 veces por década: de 7.23 a 11.62 veces).

En Brasil, Colombia, Costa Rica, República Dominicana, Ecuador, México, Panamá y Venezuela, países de fecundidad media, el descenso de ésta fue muy importante, la mortalidad materna bajó 54%, y el riesgo relativo de morir por causas maternas en comparación con Canadá aumentó en 73% (de 8.65 veces en 1970-75 a 15 veces en 1985-89). Por último, en los países de fecundidad alta —Guatemala, Honduras, Paraguay y Perú— ésta descendió muy poco, la razón de mortalidad materna lo hizo en 37%, cifra menor a la observada en los otros dos grupos, y el riesgo relativo en comparación con Canadá se incrementó a más del doble (de 10.45 a 24.70 veces).²

En México, la mortalidad materna ha disminuido de manera importante en los últimos años: de una razón de 9.5 por 100,000 recién nacidos registrados en 1980 a una de 5.3 en 1995.³ Este descenso, sin embargo, no ha sido uniforme ni constante: a partir de 1985 se observa un relativo estancamiento con relación a la tendencia en años anteriores y, en 1999-95, un discreto incremento. Este aumento podría corresponder a la mejoría en el registro de las muertes maternas. Sin embargo, esto no puede afirmarse sin una investigación cuidadosa. De hecho, es sabido que en nuestro país como en la mayor parte del mundo existe una subestimación de la mortalidad materna en las estadísticas vitales. En México, según distintos estudios, ésta va del 37 al 50%.^{4,5} La diferencia entre la mortalidad materna en nuestro país en relación con la de Canadá, al igual que para los demás países de la región, se ha ampliado y pasó de 8.7 veces en el quinquenio 1970-74 a 17.5 entre 1985 y 1989.

Si se toman como eje de análisis las zonas de distinto nivel de desarrollo en el país, se encuentra

* Las muertes maternas son aquellas que ocurren durante el embarazo, parto o puerperio, a consecuencia de un problema de salud asociado con la reproducción o agravado por ésta. La mortalidad materna (MM) se mide con la correspondiente tasa: muertes maternas/mujeres en edad fértil cuando se cuenta con el denominador x 100.000. En su ausencia, la MM se mide con una razón: muertes maternas/recién nacidos vivos x 10000.

que la mortalidad materna permite dividir a México en tres regiones: el norte con baja mortalidad materna, el centro con mortalidad materna media, y el sur con la mortalidad materna más elevada. Al comparar la mortalidad materna en estas regiones a lo largo de los últimos 15 años, se observa que la relación entre los estados con mortalidad materna alta y baja fue de 2.4 entre 1980 y 1984 (los peores años de crisis de la década) y descendió a 2.13 en el quinquenio siguiente.⁵ Estas diferencias regionales corresponden a una gran variabilidad estatal, que refleja el nivel socioeconómico de la entidad: en Oaxaca, la razón de mortalidad materna en 1995 fue de 9.0—similar a los niveles de Guatemala entre 1985-1995 y en Nuevo León de 1.5, razón 6 veces menor que la de Oaxaca, y menor también que la de Cuba y Costa Rica, países con los mejores indicadores de salud de América Latina.⁶ Asociaciones parecidas se encuentran cuando se analiza la mortalidad materna según tamaño de la localidad y nivel de marginación.⁷

La mortalidad materna muestra también importantes diferenciales según características sociodemográficas individuales. Así, el riesgo de morir por causas relacionadas con la reproducción varía con la escolaridad. Del total de defunciones maternas ocurridas entre 1986 y 1991, 59% correspondió a mujeres que no terminaron la primaria, 24% a las que tuvieron primaria completa y 16% a aquellas con secundaria o más. Si se consideran otros indicadores de nivel socioeconómico se encuentra una mortalidad materna más elevada en las familias rurales que en las urbanas, y en aquellas con menor nivel de ingreso.⁷

El nivel socioeconómico ejerce una fuerte influencia sobre los niveles de mortalidad materna; sin embargo, la cobertura de planificación familiar y de atención obstétrica también son determinantes. Así, si se compara la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos y la razón de mortalidad materna se observa que en países con prevalencia alta como Costa Rica y Chile, la mortalidad materna es baja; por el contrario, en Haití, la mortalidad materna es muy alta y sólo el 7% de las mujeres en edad fértil recurre a la planificación familiar.^{1,2} Es evidente que esta asociación es compleja, ya que las condiciones socioeconómicas diferentes son un factor que subyace tanto a la mortalidad materna como al uso de la planificación familiar. Sin embargo, hay países

que difieren de este patrón como, por ejemplo, Perú donde se observa una elevada mortalidad materna con una tasa de anticoncepción bastante alta, similar a la de Chile que tiene una mortalidad materna siete veces menor.

En casos como éste el factor determinante es probablemente la cobertura institucional para la atención del embarazo, parto y puerperio, y la calidad de la atención. La cobertura está asociada en forma directamente proporcional con los niveles de mortalidad materna, e influye también sobre las causas predominantes de muerte materna. Según la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud, éstas se clasifican en “obstétricas directas” y “obstétricas indirectas”⁸. Las primeras se refieren a problemas directamente relacionados con el embarazo, parto y puerperio tales como la hemorragia, la infección, el aborto y la toxemia. La tecnología disponible actualmente permite prevenir, detectar y tratar adecuadamente a más del 90% de los casos con estas complicaciones.

Por “causas indirectas” se entiende enfermedades que se agravan o complican a consecuencia del evento obstétrico, pero que no resultan del mismo, tales como el cáncer, el paludismo y los problemas cardíacos.⁸ Estas, dependiendo de su índole y curso clínico, pueden ser difíciles de resolver. El perfil de causas de muerte materna de países en desarrollo muestra una mayor proporción de causas obstétricas directas. Por el contrario, en países industrializados, donde éstas en su mayoría se resuelven favorablemente, sólo persisten las causas indirectas.

México responde al patrón típico de América Latina: una altísima proporción de defunciones maternas por causas obstétricas directas y una contribución mínima de las indirectas (5%).⁶ Entre las directas, llama la atención que el aborto ocupe un lugar tan bajo (8%) y ello se explica seguramente por su naturaleza ilegal.⁹ De hecho, muchas de las muertes que ocurren como consecuencia de un aborto complicado aparecen registradas en las categorías de infección o hemorragia. El parto obstruido, causa de muerte materna común en países donde la desnutrición infantil es muy grave, prácticamente no existe en México (1%).⁶

En los países en los que predominan las causas obstétricas directas, la distribución proporcional de

las mismas se relaciona con la cobertura de atención profesional en el parto. Así, donde ésta es menor de 90%, las muertes debidas a toxemia y hemorragia son más frecuentes. En cambio, los sitios con cobertura institucional del parto por encima de 90% muestran una proporción mayor de muertes por complicaciones del puerperio: infecciones, hemorragia y problemas derivados del uso de anestesia². Estas probablemente están asociadas con una alta frecuencia de operaciones cesáreas. Estos resultados señalan la necesidad de incrementar cobertura y calidad; de hecho, la calidad deficiente se refiere tanto a la falta de servicios esenciales -bancos de sangre o quirófanos-, como la utilización excesiva y poco cuidadosa de tecnologías como la operación cesárea.

Es importante señalar que el estudio de las causas de mortalidad materna en América Latina no es sencillo, en primer lugar por la calidad deficiente de la información de la que se dispone y, en segundo, por los cambios en las categorías en las sucesivas clasificaciones internacionales de enfermedades.^{8,10} A pesar de estas limitaciones, los perfiles de la mortalidad materna por causa, al igual que los niveles y tendencias, también reflejan las condiciones de las mujeres y de los servicios de planificación familiar y atención obstétrica en un país.²

Respuesta de México ante la mortalidad materna

La mortalidad materna prácticamente ha desaparecido como problema de salud pública en los países desarrollados o en los grupos sociales con acceso a adecuadas condiciones de vida y servicios de salud. La existencia de herramientas técnicas y científicas que permiten evitar más del 90% de las defunciones maternas, hace imperdonable la persistencia del problema.

Las muertes maternas son defunciones que pueden prevenirse, de mujeres jóvenes que dejan tras de sí familias que se desintegran o migran, hijos con mayor riesgo de enfermar y morir, abandonar la escuela e incorporarse tempranamente al trabajo.^{5,11,12}

Los datos que se comentan aquí permiten ilustrar que la mortalidad materna continúa siendo un problema prioritario de salud pública en México, tanto por sus niveles generales como por las impresionantes diferencias entre grupos sociales.

Aún más, si se desea mostrar con sólo un indicador la desigualdad social ante la muerte, la mortalidad materna es uno de los más reveladores.

Es por ello que el abatimiento de la mortalidad materna ha sido reconocido en México como un objetivo estratégico, en el marco de acuerdos internacionales, con dos hitos fundamentales: la Conferencia Internacional para una Maternidad Sin Riesgos, realizada en Nairobi, Kenia en 1987,¹³ y la Cumbre Mundial en Favor de la Infancia, convocada en 1990 por la Organización de Naciones Unidas.¹⁴ En la primera, se dio a conocer el ignorado problema de la salud y la mortalidad materna y se brindó la atención en la mujer, no sólo como vehículo para lograr la salud infantil sino como foco principal de la iniciativa. En la segunda, se estableció el compromiso de reducir la mortalidad materna para el año 2000 en 50% en relación con la de 1990.¹⁴ En general, hay gran coincidencia sobre las estrategias fundamentales: incidir sobre la condición social de la mujer, y mejorar la cobertura y calidad de los servicios de planificación familiar y atención del embarazo y parto.

En concordancia con estos compromisos, México ha puesto en práctica una serie de medidas. Así, se instalan Comités de Mortalidad Materna en todas las instituciones de salud del país, se aumenta la cobertura obstétrica, se capacita al personal de salud del primer nivel de atención y a parteras tradicionales, se promueve la salud en la comunidad, se estimula la colaboración entre organismos públicos, privados y no gubernamentales, y se mejoran los sistemas de información y registro. En este sentido, ha sido esencial la inclusión de una pregunta sobre el estado de gravidez en los certificados de defunción. Estas actividades se llevan a la práctica con intensidad variable y no existen aún evaluaciones de su impacto.

Simultáneamente con estos esfuerzos gubernamentales, se realizó en 1993 en México la Conferencia Nacional sobre Maternidad sin Riesgos en la que participaron legisladores, instituciones públicas y privadas, investigadores, grupos de mujeres, periodistas, representantes de los estados del país, de organismos internacionales y de agencias donantes. Al término de la misma se emitió la Declaración de México para una Maternidad Sin Riesgos¹⁵ y se estableció una comisión que continúa reuniéndose regularmente para impulsar el cumplimiento de los compromisos asumidos.

Este grupo ha desplegado una importante actividad que incluye la realización de conferencias regionales y la posterior instalación de comités locales, la publicación de carpetas informativas para periodistas y documentos para profesionales de la salud, el apoyo a las campañas denominadas Semanas Nacionales de Salud, en las que se incluyó la detección de problemas en las embarazadas, y la realización de proyectos de investigación.

En México las actividades de investigación han producido datos que alimentan las acciones para abatir la mortalidad materna. Así, estudios en los que se utilizaron metodologías demográficas indirectas han permitido determinar niveles de mortalidad materna en localidades específicas, encendiendo focos rojos para la intervención.¹⁶ Otros trabajos han demostrado los factores que se asocian con el acceso y utilización oportunos de los servicios.¹⁷ Otros más, han demostrado el impacto de las muertes maternas sobre la familia y la sobrevivencia de los hijos.^{5,11,18} Todos estos hallazgos han contribuido a crear conciencia sobre la gravedad del problema y a señalar estrategias para su reducción.

Los desafíos que aún se enfrentan son grandes: en primer lugar, son necesarios cambios en la posición social de la mujer y sus condiciones de vida, objetivo a largo plazo que sólo podrá alcanzarse en el contexto del desarrollo social de México. En segundo término, es esencial aumentar la cobertura anticonceptiva, sobre todo entre los grupos más desatendidos: las mujeres rurales, indígenas y marginadas, y las adolescentes. Por último, es fundamental incrementar el acceso y la utilización de los servicios de atención del embarazo y parto, así como mejorar la calidad del cuidado institucional. Hay bases, sin embargo, para un moderado optimismo: la atención que se está prestando a la mortalidad materna; el mejoramiento de los sistemas de registro, la existencia de datos y metodologías que permiten una evaluación cada vez más objetiva de la situación, la implantación de nuevas estrategias y programas; y la creciente colaboración entre organismos internacionales y nacionales, oficiales y no gubernamentales. Los esfuerzos deberán ser consistentes, sostenidos, multisectoriales y bien fundamentados para lograr un impacto.

Referencias

1. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud: Las condiciones de salud en las Américas. Publicación Científica 549, Vol. I. Washington D.C., 1994.
2. **Rajs, D:** Maternal Mortality. En: *Adult Mortality in Latin America*. Timaeus I, Chackiel J, Ruzicka L (Eds). Clarendon Press. Oxford, 1996, p.276-94.
3. Dirección General de Estadística e Informática, Secretaría de Salud, México, años correspondientes.
4. **Hernández B, Langer A.** Estudio de la mortalidad materna en áreas rurales de México (Informe final, no publicado). Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, Morelos, 1993.
5. **Reyes-Fraustro S:** Mortalidad Materna en México. Instituto Mexicano del Seguro Social. México, 1994.
6. Dirección General de Estadística e Informática, Secretaría de Salud, México, 1996.
7. **Lozano R, Hernández B, Langer A:** Factores sociales y económicos de la mortalidad materna en México. En: *Maternidad Sin Riesgos en México*. Elu MC, Langer A (Eds). Comité Promotor de la Iniciativa por una Maternidad Sin Riesgos, México, 1994, pp. 43-52.
8. Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional de Enfermedades, IX Revisión. 1977.
9. The Alan Guttmacher Institute: Aborto clandestino: Una realidad Latinoamericana. Nueva York, 1994.
10. Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional de Enfermedades, X Revisión. 1992.
11. **Langer A, Hernández B, Romero M, Chirinos J.** Impact of maternal deaths on offsprings survival and family life conditions in Mexico (Manuscrito enviado para publicación), 1997.
12. Organización Mundial de la Salud. Mother-Baby Package. A safe motherhood planning guide. Ginebra, 1995.
13. **Starrs A.** Preventing the Tragedy of Maternal Deaths: A Report on the International Safe Motherhood Conference, Nairobi, February 1987. Washington D.C.: World Bank, 1987.
14. ONU. Declaración mundial sobre la supervivencia, la protección y el desarrollo del niño. Nueva York, 1990.
15. Comité Organizador de la Conferencia para una Maternidad Sin Riesgos. Declaración de México para una Maternidad sin Riesgos. Cocoyoc, Morelos, México, 1993.
16. **Hernández B, Langer A, Romero M, Chirinos J.** Estimating maternal mortality in rural areas of Mexico: The application of an indirect demographic method. *International Journal of Obstetrics and Gynecology* 1994;46:285-289.
17. **Hernández B, Langer A, Romero M, Chirinos J:** Factores asociados a la muerte materna hospitalaria en el estado de Morelos, México. *Salud Pública de México* 1994;36(5):521-8.
18. **Elu, María del Carmen:** La luz enterrada: Estudio antropológico sobre la mortalidad materna en Tlaxcala. Fondo de Cultura Económica. México, 1996.