

Boletín Epidemiológico

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD

Vol. 14, No. 1

Marzo 1993

La mortalidad materna en las Américas

Hasta muy recientemente la muerte materna era considerada como un problema de relativa poca importancia para la salud pública de una gran mayoría de los países de América Latina y el Caribe.

Un reconocimiento gradual del mismo ocurre en la década de 1980, cuando la dimensión de esta *epidemia silenciosa* de muertes maternas, empieza a hacerse notar, con una serie de estudios sobre su epidemiología y consecuencias en diversos países, entre otros: Argentina, Brasil, Colombia, Guatemala, Honduras y Jamaica.

Este desarrollo de la investigación coincide o es un producto asociado al surgimiento en los países de los movimientos organizados de mujeres y de sus demandas por un trato social más justo.

A su vez, diversas conferencias internacionales ratifican la urgencia del problema y de sus soluciones; entre ellas se destacan la Conferencia Interregional para la Prevención de la Mortalidad Materna, convocada por la OMS en 1985, la Conferencia Mundial de Nairobi sobre Maternidad Segura en 1987 y el Plan en Favor de la Infancia, aprobado en la Cumbre de Presidentes de Naciones Unidas de Nueva York en 1990.

En las Américas este movimiento aparece claramente establecido en las políticas de la OPS en 1984, cuando se pronuncia su Consejo Directivo por una acción mayor de los países en asuntos de población. Esta política recibe ratificaciones sucesivas en 1986 y 1988 y genera finalmente

la aparición del Plan Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna en las Américas, aprobado por la Conferencia Sanitaria Panamericana de 1990 (1).

Los análisis del fenómeno en la Región, en el Plan y diversas publicaciones, lo califican como un problema social y de salud de gran relevancia. Siendo además la expresión de la gran desigualdad e inequidad que caracterizan el proceso reproductivo de una proporción importante de la población femenina de los países de América Latina y el Caribe.

Una muerte materna es el producto final de una serie compleja de factores que actúan sobre el continuo de la vida de la mujer, desde su nacimiento hasta su etapa reproductiva.

Estos factores determinantes de la muerte materna pueden agruparse en: factores relativos al contexto, donde se destacan el estado de inferioridad económica, educativa, legal y familiar de la mujer y las condiciones de pobreza en las cuales vive --que a su vez determinan su acceso y control de los recursos sociales y su nivel de aislamiento-- y factores relativos al estado de salud previo de la mujer, su conducta reproductiva y el acceso y calidad de los servicios de salud materna y de planificación familiar.

El estado de salud de la mujer está condicionado por el ambiente en el que vive, su nivel de nutrición, enfermedades previas como la hipertensión, la diabetes y las cardiopatías y en especial por su historia obstétrica anterior.

EN ESTE NUMERO . . .

- La mortalidad materna en las Américas
- Investigación sobre VIH y SIDA en América Latina y el Caribe: 1983-1991

- Reunión Subregional sobre teoría y práctica de la salud pública en América Central
- El cólera en las Américas
- Cursos de verano sobre epidemiología en América del Norte
- Calendario de reuniones

La conducta reproductiva de la población femenina a su vez puede asociarse con factores de riesgo durante su período fértil, especialmente durante la gestación; se destacan la edad del primer parto, el número de embarazos y las percepciones de la mujer sobre su propia salud durante el ciclo gravídico-puerperal y sobre la necesidad de una mayor utilización de los servicios de salud.

Las variables que tienen una influencia más evidente en la salud materna son las relacionadas con el acceso a la tecnología de salud apropiada para una atención de calidad. A pesar de los avances observados, existe en un gran número de países de la Región, una demanda insatisfecha y una cobertura y calidad de los servicios de atención prenatal, del parto y de planificación familiar insuficientes.

La crisis económica que ha afectado a los sectores sociales, ha contribuido al deterioro de los servicios de salud y a la disminución de su capacidad resolutoria en una proporción importante de estos servicios en los países de la Región.

Los factores culturales y la interpretación por la mujer de las necesidades y riesgos de su embarazo, son, a su vez, determinantes del uso de servicios de salud. La maternidad es considerada por un importante segmento de la población, como una ocurrencia normal de la vida cotidiana, que no precisa de una atención especial.

La confluencia de estos factores determina la cobertura y calidad observadas en los servicios de planificación familiar, de prenatal y de atención del parto que se describen a continuación.

Planificación familiar

El nivel de conocimiento de métodos anticonceptivos en los países de la Región es alto. Más de 90% de las mujeres de 15 a 44 años conoce al menos un método anticonceptivo, según la última información disponible (2). Pero solo 53% de mujeres unidas usaban algún método, con una proporción no despreciable de métodos tradicionales (3).

Cualquier esfuerzo por reducir la mortalidad materna deberá considerar prioritario cubrir la demanda no satisfecha de servicios de regulación de la fecundidad, que en algunos países y grupos sociales es alta, previniendo además decididamente los embarazos no deseados, que son muy frecuentes en la Región, según los resultados de las Encuestas de Demografía y Salud (4). Se ha estimado (5) que 37% y 32% de las muertes maternas de Colombia y México respectivamente, pudieron haber sido evitadas si todas las mujeres con necesidades no satisfechas de regulación de la fecundidad hubieran tenido acceso al uso de un anticonceptivo efectivo y no hubieran tenido más hijos.

Una proporción importante de estas necesidades insatisfechas pueden ocasionarse por el modelo medicalizado prevalente en la mayoría de los servicios de salud, donde no caben las preocupaciones ni necesidades de las mujeres usuarias de los mismos.

Atención obstétrica

De 21 países de América Latina y el Caribe con información disponible, en cinco países (Ecuador, El Salvador, Guatemala, Guyana y Venezuela) las coberturas conocidas de atención prenatal no superan 50% de las embarazadas; en once más, éstas se ubican entre 50 y 89% (Bolivia, Brasil, Colombia, Haití, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú y República Dominicana); en otros cuatro países son iguales o superiores a 90%: Costa Rica, Cuba, Jamaica y Trinidad y Tabago (cuadro 1).

De manera similar, de 24 países de América Latina y el Caribe con información disponible, en ocho países (Bolivia,

Cuadro 1. Cobertura de los servicios de salud materna en la Región de las Américas, por país, entre 1985-1988.

| Grupo países | Cobertura (%) | | |
|-------------------|-----------------------------------|----------|---------------------|
| | Uso anti-conceptivos ¹ | Prenatal | Parto institucional |
| <i>Grupo 1</i> | | | |
| Bolivia | 30 | 50 | 38 |
| Ecuador | 53 | 48 | 56 |
| El Salvador | 47 | 34 | 34 |
| Guatemala | 23 | 34 | 23 |
| Haití | 10 | 67 | 20 |
| Honduras | 41 | 66 | 26 |
| Nicaragua | 31 | 81 | 40 |
| Paraguay | 48 | 56 | 35 |
| Perú | 46 | 62 | 49 |
| Rep. Dominicana | 50 | 52 | 52 |
| <i>Grupo 2</i> | | | |
| Brasil | 66 | 65 | 70 |
| Colombia | 66 | 76 | 75 |
| Guyana | 31 | 33 | 90 |
| Jamaica | 43 | 95 | 82 |
| México | 53 | 68 | 81 |
| Venezuela | 49 | 35 | 97 |
| <i>Grupo 3</i> | | | |
| Argentina | ... | ... | 93 |
| Bahamas | ... | ... | 99 |
| Chile | 56 | 60 | 98 |
| Costa Rica | 70 | 90 | 94 |
| Cuba | 70 | 98 | 100 |
| Panamá | 58 | 75 | 86 |
| Suriname | 55 | ... | ... |
| Trinidad y Tabago | 53 | 96 | 98 |
| Uruguay | ... | ... | 96 |
| <i>Grupo 4</i> | | | |
| Canadá | 73 | ... | ... |
| Estados Unidos | 74 | ... | 99 |

Fuente: Base de datos GDR/IMP/OPS/93.
¹Mujeres en edad fértil en unión.
 ...Información no disponible.

El Salvador, Guatemala, Haití, Honduras, Nicaragua, Paraguay y Perú) se observa que menos de 50% de las embarazadas recibe atención institucional del parto. Tres países que concentran 60% del total de la población de América Latina y el Caribe (Brasil, Colombia y México), tienen una cobertura institucional que varía entre 70 y 81%. Sólo en nueve países esta atención institucional del parto es igual o mayor que 90% (Argentina, Bahamas, Chile, Costa Rica, Cuba, Guyana, Trinidad y Tabago, Uruguay y Venezuela).

La deficiente cobertura y la escasa calidad de los servicios de atención materna no logran dar cuenta de las necesidades de salud de la población en cuestión. La evaluación de las condiciones de eficiencia de los servicios de atención maternoinfantil, realizada entre 1985 y 1989 en 15 países de la Región, mostró que tanto los servicios de atención materna ambulatoria, como los de atención obstétrica hospitalaria eran deficientes, observándose que sólo 39% de los primeros y 8% de los segundos, gozaban de condiciones aceptables para cumplir con su cometido (6). Pero lo que es aún más inquietante al respecto, es que, si se observa el comportamiento de las principales causas de muerte materna a través del tiempo, se constata que es muy poco, o casi nada, lo que los servicios de salud en la mayoría de los países han logrado modificar en la última década.

En la práctica diaria de los servicios de salud de la Región se siguen dando eventos y características de funcionamiento como la detección inoportuna de la hipertensión inducida por el embarazo, por falta de atención prenatal adecuada; o la falta de oportunidad en la atención de la hemorragia, por la inaccesibilidad geográfica, por la carencia o por la imposibilidad de pagar el transporte y por la falta de sangre en el primer nivel de referencia; y que inducen una atención del parto de calidad deficitaria, lo cual queda en evidencia, a juzgar por el elevado número de muertes maternas por infección y por parto obstruido que ocurren.

Es indudable, por otra parte, que la cuota principal de responsabilidad en el deterioro de la cobertura y de la calidad de los servicios de salud en la Región es resultado de las restricciones financieras del sector público, que acompañaron a las políticas de ajuste estructural de la economía.

Mortalidad materna

El riesgo¹ de que una mujer en América Latina y el Caribe, muera por causas maternas durante su vida reproductiva, varía en los diferentes países y determina diferencias grandes en las tasas nacionales de mortalidad materna (cuadro 2), y en las tasas diferenciales por regiones geográficas, residencia

¹Riesgo reproductivo es el inverso de la probabilidad de muerte de una mujer durante su vida reproductiva, debido a causas maternas. La probabilidad se estima dividiendo el número de muertes maternas por el número de mujeres de 15 a 49 años de la población, multiplicando el cociente por 35 (duración promedio, en años, del período reproductivo). Al tomar el inverso de esta probabilidad, se obtiene el número de mujeres a riesgo, una de las cuales morirá por causas maternas durante su vida reproductiva. Cuanto mayor el número así obtenido, menor será la probabilidad de morir por causas maternas y menor el riesgo.

urbana o rural, escolaridad, así como otros factores sociales investigados en los últimos años (7, 8, 9).

El análisis de la información disponible en el Sistema de Información Técnica de la OPS para años recientes, revela que las defunciones maternas están entre las diez primeras causas de muerte de mujeres en edad fértil en 23 países de América Latina y el Caribe, apareciendo en 11 de ellos dentro de las cinco primeras. Se destaca además, la proporción de su contribución al total de defunciones de las mujeres de 15 a 49 años, que alcanza 20,2% en Paraguay en contraposición con Canadá y EUA donde apenas es de 0,5% (cuadro 3).

Las muertes maternas pueden clasificarse en muertes obstétricas directas e indirectas. Las primeras son debidas a las complicaciones del embarazo, el parto y el puerperio, incluyendo las complicaciones del aborto, contribuyendo con una proporción mayor de 90% del total de las muertes maternas, con excepción de Cuba (cuadro 4). Las indirectas son producto de condiciones previas agravadas por el embarazo o el parto.

De una manera general, en casi todos los países, el aborto, la hemorragia, la toxemia, las complicaciones del puerperio y las causas indirectas aparecen dentro de las cinco primeras causas de defunción entre las mujeres de 15 a 49 años de edad, variando su orden y la magnitud de la contribución a la mortalidad materna total en los diferentes países (cuadro 4).²

No se dispone de un análisis que nos permita conocer cuánto explica del nivel de mortalidad materna en los países, cada una de las diferentes variables socioeconómicas, culturales y de servicios de salud. Pero sí se puede observar una relación inversa entre las tasas de mortalidad materna y los indicadores de cobertura prenatal, del parto y de prevalencia de uso de anticonceptivos (cuadro 1). Laurenti estableció correlaciones negativas entre la tasa de mortalidad materna, el uso de anticonceptivos y la atención profesional del parto (10).

Otro enfoque para medir las relaciones de la mortalidad materna con la calidad de los servicios de salud y su accesibilidad geográfica y cultural, nos lo dan los estudios que muestran su evitabilidad o preventabilidad. Por ejemplo, en un estudio reciente realizado en México (11) se analizaron 240 muertes maternas, concluyendo los autores que 85% de ellas eran potencialmente prevenibles. Bajo la hipótesis de que esto pudiera haber ocurrido, la tasa estimada de muerte materna de 114 por cien mil nacidos vivos registrada por el estudio, se hubiera reducido 6,7 veces. El mismo estudio estableció que 70% de las muertes se hubieran evitado si la calidad de la atención médica e institucional hubiera sido la adecuada. A su vez, los patrones de conducta de la mujer o su familia, en este ejemplo particular, estuvieron involucrados en la cadena de eventos que produjo 22% del total de las muertes maternas prevenibles.

²Para el análisis se usaron los datos del último año notificado por 23 países al Sistema de Información Técnica de OPS.

Cuadro 2. Riesgo reproductivo y tasa de mortalidad materna por 100.000 nacidos vivos, en países seleccionados de América Latina y el Caribe, último año disponible.

| País | Año | Mortalidad materna | | Riesgo reproductivo ² |
|-------------------|------|--------------------|-------------------|----------------------------------|
| | | Número | Tasa ¹ | |
| Argentina | 1985 | 386 | 91 | 528 |
| Barbados | 1984 | 3 | ... | 638 |
| Belice | 1986 | 4 | ... | 243 |
| Bolivia | | 837 | 332 | 50 |
| Brasil | 1985 | 1.892 | 140 | 520 |
| Canadá | 1985 | 15 | 4 | 12.990 |
| Chile | 1985 | 131 | 41 | 700 |
| Colombia | 1985 | 720 | 100 | 289 |
| Costa Rica | 1985 | 29 | 26 | 663 |
| Cuba | 1985 | 84 | 26 | 914 |
| Ecuador | 1985 | 397 | 160 | 159 |
| El Salvador | 1984 | 99 | 148 | 308 |
| Estados Unidos | 1985 | 295 | 6,6 | 6.080 |
| Guadalupe | 1981 | 3 | ... | 848 |
| Guatemala | 1984 | 236 | 240 | 210 |
| Guyana | 1984 | 17 | 80 | 412 |
| Haití | | ... | 230 | ... |
| Honduras | 1982 | 149 | 221 | 184 |
| Jamaica | 1984 | 14 | 115 | 1.176 |
| Martinica | 1981 | 3 | ... | 857 |
| México | 1985 | 1.702 | 82 | 324 |
| Nicaragua | | ... | 159 | ... |
| Panamá | 1985 | 33 | 49 | 468 |
| Paraguay | 1985 | 146 | 270 | 172 |
| Perú | 1983 | 611 | 303 | 220 |
| Puerto Rico | 1985 | 8 | 14 | 3.264 |
| Rep. Dominicana | 1985 | 106 | 100 | 425 |
| Suriname | 1985 | 7 | 88 | 392 |
| Trinidad y Tabago | 1986 | 18 | 80 | 502 |
| Uruguay | 1985 | 23 | 26 | 873 |
| Venezuela | 1985 | 291 | 60 | 417 |

¹Fue calculado en base al número de muertes registradas por el Sistema de Información Técnica de OPS, excepto Bolivia, cuya cifra fue calculada en base a datos de la Encuesta de Demografía y Salud (DHS-1991).

²Estimados en base a datos del Sistema de Información Técnica de OPS que aparecen en la publicación *Las condiciones de salud en las Américas*, edición 1990. Para definición de riesgo reproductivo, véase la página 3.

...Información no disponible.

En general se desprende del análisis de la información disponible, que en la mayoría de los países de América Latina y el Caribe se han registrado descensos variables en las tasas de mortalidad materna; pero con diferencias en la contribución a las principales causas de muerte.

Aun con estos descensos un grupo de países está registrando una mortalidad materna similar, incluso con el sub-registro, a la que tenía Suecia al comienzo del siglo, de 227 por cien mil nacidos vivos (12); un segundo grupo de países tiene una mortalidad materna equivalente a la de Italia en 1955, 133,3 por cien mil nacidos vivos (13); y un tercer grupo, el más avanzado, presenta cifras parecidas a las encontradas en 1950 en el Estado de Massachussets, EUA,

50 por cien mil nacidos vivos (14). De lo anterior se desprendería que los países de América Latina y Caribe se hallan a una distancia de 35 a 90 años de los estados y países con tasas de mortalidad materna bajas, debiendo cubrir esta brecha en el menor tiempo posible, mediante un mayor desarrollo social y la aplicación de tecnología apropiada para una mejor atención de la salud de la mujer.

La morbilidad obstétrica

Para América Latina y el Caribe existe poca información sobre la morbilidad materna a nivel poblacional. Los datos disponibles se basan en registros de consultas y egresos hospitalarios, con las limitaciones de comparabilidad y de falsos positivos que esto implica.

Measham y Rochat (15) estimaron una relación de 10 a 15 episodios mórbidos de cierta gravedad por muerte materna. Con base en este estimador se pudo calcular que sucederían entre 280 mil y 420 mil episodios anuales de interurrencias obstétricas severas, entre los aproximadamente 12 millones de mujeres que dan a luz cada año en la Región.

En los Estados Unidos de Norteamérica hubo 860 mil hospitalizaciones relacionadas con el embarazo y no asociadas con el parto en 1987, lo cual equivale a un episodio patológico que ameritó hospitalización por cada cinco embarazos. Fueron hospitalizadas 27% de estas mujeres por trabajo de parto prematuro, 9% por aborto espontáneo, 8% por infección genitourinaria, 8% por hemorragia en la primera mitad del embarazo, 6% por vómito, 7% por hipertensión inducida por el embarazo, 5% por diabetes mellitus y 4% restante, por aborto fallido (16).

En 1989, un estudio realizado por el Instituto Mexicano del Seguro Social, encontró que de 740 mil egresos hospitalarios por causas obstétricas, 80,5% estuvo relacionado con el parto y el restante 19,5% restante, correspondió a diferentes episodios de morbilidad durante el embarazo. Esto significaría que por cada cuatro partos, se registra una hospitalización por complicaciones del embarazo, con la siguiente distribución: abortos, 44,2%; otras complicaciones del embarazo, 30,6%; hemorragias, 13,7%, y toxemias, 11,5% (17).

Si aplicamos la relación parto-complicaciones del embarazo de estas dos series a la cifra estimada de 12 millones de nacimientos en América Latina y en el Caribe, podríamos suponer que el número probable de hospitalizaciones necesarias durante el embarazo oscilaría entre 2,4 y 3 millones, (18) es decir, seis a siete veces más que las estimadas por la cifra propuesta por Measham y Rochat.

Con base en las series recogidas en varios países de la Región, a través de un instrumento de recolección estandarizado por el Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP) de la OPS³, entre las cinco primeras causas de morbilidad del período prenatal registradas, alternaron la ruptura prematura de membranas, la infección urinaria, la amenaza de parto prematuro, la pre-eclampsia y la hipertensión inducida por el embarazo⁴. En este estudio, la infección urinaria ocupa el primer lugar en las instituciones analizadas de Argentina suburbana y de Ecuador; la ruptura prematura de membranas es predominante en las instituciones de Argentina metropolitana, Brasil y Chile; la amenaza de parto prematuro y la pre-eclampsia aparecen también entre las cinco primeras causas de morbilidad en todos los países.

No se cuenta con elementos de juicio para asumir que la prevalencia de estas condiciones en la población general sea

Cuadro 3. Total de defunciones de mujeres de 15-44 años y defunciones por complicaciones del embarazo, parto y puerperio (CIE-9, 630-676), en países seleccionados de la Región de las Américas, último año disponible.

| País (año) | Defunciones mujeres 15-44 años | | Porcentaje por causas maternas |
|--------------------------|--------------------------------|----------|--------------------------------|
| | Total | Maternas | |
| Argentina (1986) | 7.409 | 369 | 5,0 |
| Brasil (1986) | 41.685 | 1.814 | 4,4 |
| Canadá (1988) | 3.994 | 18 | 0,5 |
| Colombia (1984) | 7.965 | 642 | 8,1 |
| Costa Rica (1988) | 489 | 15 | 3,1 |
| Cuba (1988) | 3.143 | 73 | 2,3 |
| Chile (1987) | 2.607 | 135 | 5,2 |
| Ecuador (1987) | 3.088 | 355 | 11,5 |
| El Salvador (1984) | 1.626 | 99 | 6,1 |
| Estados Unidos (1987) | 49.874 | 251 | 0,5 |
| Guatemala (1984) | 3.888 | 236 | 6,1 |
| Guyana (1984) | 268 | 16 | 6,0 |
| Honduras (1982) | 1.145 | 149 | 13,0 |
| Jamaica (1984) | 444 | 14 | 3,2 |
| México (1986) | 21.177 | 1.681 | 7,9 |
| Panamá (1987) | 442 | 22 | 5,0 |
| Paraguay (1986) | 692 | 140 | 20,2 |
| Perú (1983) | 5.333 | 611 | 11,5 |
| Puerto Rico (1987) | 732 | 11 | 1,5 |
| Rep. Dominicana (1985) | 1.568 | 106 | 6,8 |
| Trinidad y Tabago (1986) | 366 | 18 | 4,9 |
| Uruguay (1987) | 629 | 15 | 2,4 |
| Venezuela (1987) | 4.345 | 251 | 5,8 |

Fuente: *Las condiciones de salud en las Américas*, edición 1990.

similar. Sin embargo se considera que el aborto y la hemorragia tienen una menor representación en esta serie, porque la mayoría de estos episodios acude a la emergencia médico-quirúrgica o no recurre a ninguna atención.

En el caso del aborto, se estima una tasa anual de 65 abortos por mil mujeres en edad fértil para América Latina, siendo ésta aún mayor en las zonas urbanas (19), lo cual supondría una proporción de por lo menos un aborto por cada 2 o 3 partos para la sub-región. De aquí que se trate de un grave problema de morbilidad de las mujeres en edad fértil, que afecta al conjunto de la sociedad y cuya solución requerirá de prontas medidas para mejorar los programas de prevención y los de atención de sus complicaciones.

Uno de los fenómenos que está adquiriendo proporciones graves en la Región es el exceso de partos por cesárea. En el estudio colaborativo del CLAP⁵, que abarcó 16 países (Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica,

⁵Según esta investigación, el riesgo de muerte fue superior en los casos en que se había realizado cesárea. Además la duración de la estadía hospitalaria se duplicó aumentando el costo de la atención del parto.

³Historia Clínica Perinatal (CLAP/OPS, 1990).
⁴Comunicación personal del CLAP.

Cuadro 4. Tasas de mortalidad (por 100.000 nacidos vivos) y estructura de las defunciones maternas, según grupos de causas, en países de la Región de las Américas¹.

| País (año) | Aborto (630-639) | | Hemorragia (640,641,666) | | Toxemia (642.4-642.9, 643) | | Complicaciones del puerperio (670-676) | | Otras causas directas (642.0-642.3, 644- 646, 651-665, 667-669, 650) | | Causas indirectas (647-648) | |
|-----------------------------|---------------------|------|-----------------------------|------|----------------------------------|------|--|------|---|------|-----------------------------------|------|
| | Tasa | % | Tasa | % | Tasa | % | Tasa | % | Tasa | % | Tasa | % |
| Argentina (1986) | 19,8 | 35,0 | 7,8 | 13,3 | 8,9 | 15,8 | 8,1 | 14,3 | 11,0 | 19,5 | 0,9 | 1,6 |
| Brasil (1986) | 6,2 | 13,2 | 7,5 | 16,0 | 13,5 | 28,9 | 7,5 | 16,0 | 8,6 | 18,4 | 3,5 | 7,5 |
| Canadá (1988) | 0,3 | 6,0 | 0,8 | 16,0 | 1,4 | 28,0 | 2,2 | 44,0 | 0,3 | 6,0 | - | 0,0 |
| Colombia (1986) | 17,7 | 10,3 | 34,0 | 17,8 | 40,0 | 23,3 | 18,0 | 10,5 | 60,0 | 34,9 | 2,0 | 0,2 |
| Costa Rica (1988) | 1,3 | 6,7 | 5,3 | 26,7 | 5,3 | 26,7 | 2,6 | 13,2 | 5,3 | 26,7 | - | 0,0 |
| Cuba (1988) | 9,0 | 21,8 | 1,1 | 2,7 | 3,4 | 8,2 | 6,8 | 16,5 | 7,4 | 17,9 | 13,6 | 32,9 |
| Chile (1987) | 16,2 | 34,9 | 3,8 | 8,1 | 5,5 | 11,8 | 11,4 | 24,5 | 7,2 | 15,9 | 2,4 | 5,2 |
| Ecuador (1988) | 8,0 | 7,3 | 26,9 | 24,6 | 27,2 | 25,0 | 8,0 | 7,3 | 37,2 | 34,0 | 2,0 | 1,8 |
| El Salvador (1984) | 4,2 | 7,9 | 4,2 | 7,1 | 3,0 | 5,1 | 4,7 | 8,0 | 42,2 | 71,7 | 0,6 | 1,0 |
| Estados Unidos (1987) | 1,2 | 17,6 | 0,9 | 13,2 | 0,9 | 13,2 | 2,3 | 33,9 | 1,1 | 16,2 | 0,4 | 5,9 |
| Guatemala (1984) | 12,4 | 17,0 | 1,2 | 1,6 | 7,4 | 10,1 | 11,1 | 15,2 | 38,4 | 52,7 | 2,5 | 3,4 |
| Guyana (1984) | 61,5 | 30,8 | 80,6 | 40,5 | 34,6 | 17,3 | 11,5 | 5,7 | 11,5 | 5,7 | - | 0,0 |
| Jamaica (1984) | 73,8 | 65,8 | 7,7 | 6,9 | 24,6 | 21,5 | - | 0,0 | 6,1 | 5,4 | - | 0,0 |
| México (1986) | 6,8 | 8,9 | 19,0 | 24,8 | 15,0 | 19,7 | 6,8 | 8,9 | 27,7 | 36,2 | 1,2 | 1,6 |
| Panamá (1987) | 8,8 | 22,9 | 1,7 | 4,4 | 7,0 | 18,2 | - | 0,0 | 19,3 | 50,1 | 1,7 | 4,4 |
| Paraguay (1986) | 14,8 | 13,5 | 33,6 | 30,7 | 19,5 | 17,8 | 18,7 | 17,2 | 18,0 | 16,5 | 4,7 | 4,3 |
| Perú (1983) | 10,2 | 11,2 | 30,3 | 33,2 | 7,7 | 8,4 | 13,2 | 14,4 | 29,6 | 32,4 | 0,4 | 0,4 |
| Puerto Rico (1987) | - | 0,0 | 1,3 | 6,8 | 3,8 | 19,8 | 9,0 | 46,8 | 5,1 | 26,6 | - | 0,0 |
| Rep. Dominicana (1985) | 9,1 | 17,0 | 8,6 | 16,1 | 13,6 | 25,5 | - | 0,0 | 17,6 | 33,0 | 4,5 | 8,4 |
| Suriname (1985) | 9,5 | 14,2 | 47,7 | 71,6 | 9,5 | 14,2 | - | 0,0 | - | 0,0 | - | 0,0 |
| Trinidad y Tabago (1986) | 54,8 | 51,7 | 6,4 | 6,0 | 29,0 | 27,3 | 6,9 | 6,1 | 3,2 | 3,0 | 6,4 | 6,0 |
| Uruguay (1988) | 1,9 | 5,0 | 3,8 | 10,0 | 3,8 | 10,0 | 15,3 | 38,0 | 15,3 | 38,0 | - | 0,0 |
| Venezuela (1987) | 10,4 | 19,4 | 9,2 | 17,2 | 13,7 | 25,7 | 6,6 | 12,3 | 9,6 | 17,9 | 4,0 | 7,5 |

Fuente: Sistema de Información Técnica, OPS.

-Magnitud cero.

Cuba, Ecuador, El Salvador, Honduras, México, Nicaragua, Perú, República Dominicana, Uruguay y Venezuela), se constató que más de la mitad de los 176 hospitales estudiados exhibió una proporción de partos por cesárea de entre 17 y 29,4% en el período 1981-1985 (20).

La creciente importancia conferida a la medición de los costos de los servicios de salud ha creado una corriente de opinión al interior de los gobiernos y de las agencias financiadoras, en el sentido de producir y aplicar metodologías que valoren el costo-eficiencia y el costo-efectividad en la producción de prestaciones de salud.

Para el caso de la salud materna, esto implica, entre otras cosas, estar en capacidad de cuantificar los costos en que se incurre al evitar una muerte materna y al prevenir los episodios de morbilidad en las embarazadas y/o puérperas. La utilidad de este esfuerzo se dirige a demostrar a los aún escépticos --en cuyas manos descansa habitualmente la decisión de asignar recursos a los programas de salud materna-- que el beneficio de una maternidad segura sobrepasa los costos sociales y familiares de una muerte

materna. Sin embargo, no se han hecho trabajos que persigan identificar y cuantificar los costos sociales y familiares de una muerte materna, ni se han evaluado las medidas compensatorias a que serían acreedoras las familias y la comunidad, como retribución por la incapacidad o la muerte de sus madres, debidas a causas de enfermedad y de muerte que hoy son prevenibles, prácticamente en su totalidad (21). Lo anterior corresponde perfectamente con el papel y la valoración social de las mujeres en la mayoría de los países de la Región, dado que hasta hace pocos años, habría sido impensable imputar costos a una *actividad no productiva*, el trabajo doméstico, que *no es objeto de un salario* y que constituye precisamente la actividad económica principal que desempeñan mayoritariamente las mujeres en estas latitudes.

La propuesta del Plan de Acción Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna de la OPS, para disminuirla en 50%, costaría un poco más de \$300 millones de dólares por año (1). El Banco Mundial estimó que el costo de salvar una vida fluctúa entre \$190 y \$3.100 dólares y el de prevenir un evento patológico, entre \$75 a \$100 dólares (4).

En Tlaxcala, México, se hizo una investigación sobre costo social de la muerte materna (22). Este estudio midió la orfandad producida, la pérdida escolar y el impacto familiar de este evento. Sin embargo, se trata de enfoques parciales, donde al parecer no se incluye la evaluación de las pérdidas económicas, laborales, políticas y culturales que derivan de una muerte por causas prevenibles a bajo costo.

En su gran mayoría, las muertes maternas son evitables, ya que las principales causas y los factores que las determinan son conocidas, a la vez que se cuenta, desde hace mucho tiempo, con el saber científico y tecnológico suficiente para impedir las.

En forma general, se puede argumentar que mejorando las condiciones de educación y de salud de la mujer se puede influir positivamente sobre el resultado de sus embarazos. Pero lo que está fuera de toda discusión es que posibilitando el acceso cultural, económico y geográfico a servicios de salud de buena calidad, que realicen la detección temprana del riesgo, se podrían reducir sustancialmente el número de muertes maternas, mediante la atención prenatal, la disponibilidad de los elementos esenciales para el cuidado obstétrico y el suministro de información apropiada para la prevención de los embarazos no deseados.

La evitabilidad estimada de la muerte materna oscila, de acuerdo a diferentes estudios realizados en América Latina, entre 52% en México (23) a 92% en Colombia (24). Por ejemplo si toda la Región de las Américas tuviera condiciones similares a las del Canadá, las muertes maternas se reducirían 47 veces. Corrigiendo únicamente las omisiones de los servicios de salud y modificando la conducta familiar al respecto de la maternidad y el uso de servicios de salud⁶, se podría evitar 85% de las mismas.

Se estima que si la situación actual de salud se mantiene, la Región sufrirá una pérdida anual calculada de más de un millón de años potenciales de vida afectiva y social de las mujeres.

Estrategias de intervención

El creciente compromiso de los gobiernos de la Región, de las Agencias No Gubernamentales (ONG) y de las agencias internacionales con la salud de la mujer, su salud reproductiva y en especial con la salud materna determinaron que la OPS preparase en 1990 el Plan de Acción de Reducción de la Mortalidad Materna (1). Dicho Plan ha sido aprobado por los ministros de salud de los países de la Región de las Américas en la XXIII Conferencia Sanitaria Panamericana del mismo año.

Los grandes lineamientos estratégicos propuestos en el Plan comprenden:

- Definir una política de atención integral de salud de la mujer y de prevención de la morbilidad y mortalidad materna;

- Fijar las metas para la reducción de la mortalidad materna por lo menos en 50%, a lograrse en los próximos 10 años;
- Realizar programas de comunicación y difusión de información que permitan sensibilizar y crear una conciencia colectiva y opinión informada de protección a la maternidad y promoción de la salud reproductiva;
- Diseñar y ejecutar los planes de acción de reducción de la mortalidad materna que incluyan, cuando sea pertinente, las metas, las estrategias de intervención, así como las líneas y políticas de acción propuestas en el Plan Regional;
- Realizar un análisis del costo del plan nacional de reducción de la mortalidad materna, definir una estrategia para su financiamiento, y asignar los recursos necesarios;
- Realizar esfuerzos especiales para la participación de otros sectores en la ejecución de las acciones de promoción de la salud de la mujer y de la salud materna;
- Realizar un esfuerzo especial para mejorar la calidad y el uso de la información demográfica de salud y de servicios que permitan mantener un diagnóstico actualizado de la situación de salud de la mujer en general y de su salud reproductiva en particular;
- Establecer un sistema de vigilancia de la mortalidad materna;
- Evaluar cada dos años el plan nacional para la reducción de la mortalidad materna y comunicar a la OPS sobre el avance del mismo;
- Continuar los esfuerzos para que se progrese rápidamente en la ejecución de los programas de salud maternoinfantil y planificación familiar, incrementando las acciones dirigidas a los grupos de mayor riesgo, especialmente aquellas enfocadas a promover la salud de la mujer y a proteger su salud reproductiva, a fin de disminuir las diferencias existentes entre los países y dentro de los mismos.

Estos lineamientos fueron desglosados en dos grandes grupos de acciones, uno relativo a la promoción de las condiciones de la salud de la mujer y al cambio de su conducta reproductiva y el otro dirigido a los servicios de salud.

a) Promoción de las condiciones de salud de la mujer

Comprende la promoción de comportamientos saludables en la adolescencia, los períodos intergenésicos y la procreación. Incluye además la promoción de la necesidad del uso apropiado de los servicios de salud y la motivación y apoyo a respuestas organizadas de la comunidad y a los grupos de mujeres que promueven la participación en todo el proceso de atención de su salud. Las líneas principales de acción son:

- Actualizar la legislación existente de protección de la salud de la mujer y la familia para hacer explícito el derecho de la mujer a la atención de su salud y a la protección de su salud reproductiva;
- Desarrollar programas de salud integral de la mujer en los ámbitos institucional y comunitario que incluyan educación para la salud sexual;

⁶Cifra estimada por Bobadilla y colaboradores en un estudio reciente en la Ciudad de México (11).

- Revisar la legislación nacional sobre aborto para facilitar su atención con un contenido preventivo y la atención gratuita y oportuna de sus complicaciones;
- Reforzar y mejorar los conocimientos y acciones de la comunidad y de los grupos organizados de mujeres para promover las mejores condiciones de salud de la mujer;
- Utilizar los medios de comunicación social, de grupo o intersectorial para promover los programas de salud de la mujer y fomentar una mayor y mejor utilización de los servicios de salud;
- Desarrollar los programas de alimentación complementaria para las gestantes con problemas nutricionales;
- Desarrollar programas integrales de regulación de la fecundidad con acceso irrestricto a todos los usuarios (hombres y mujeres) que lo deseen;
- Incluir en los programas de salud del adolescente el desarrollo de acciones de educación para la salud sexual;
- Prevenir los embarazos no deseados e instruir a las portadoras de ciertas enfermedades que se agravan por el embarazo sobre los riesgos que se generan en esas condiciones;
- Promover el reconocimiento de los prestadores de servicios de salud sobre la importancia de las acciones de fomento y prevención dentro de los programas de atención integral de la mujer.

b) Acciones dirigidas a los servicios de salud

Este segundo grupo, se orienta hacia una reactivación de los sistemas de salud mediante nuevos modelos de atención, fortalecimiento de los diferentes procesos relacionados con la administración de la atención, capacitación, investigación, información y evaluación, énfasis en la calidad y humanización de la atención, incremento de la capacidad resolutoria de los servicios y eliminación de las barreras económicas, geográficas y culturales.

Para esta reactivación de los servicios de salud se incluyen los siguientes aspectos:

- Implantar sistemas de capacitación permanente en base a normas actualizadas;
- Desarrollar la investigación epidemiológica, social, incluyendo la percepción de la comunidad;
- Mejorar los sistemas de vigilancia epidemiológica de las muertes de mujeres en edad fértil y el registro de los datos sobre las acciones de salud relativas al embarazo, el parto, el puerperio y la planificación familiar;
- Promover la atención humanizada de la salud de la mujer;
- Eliminar las barreras económicas para el acceso de las mujeres a los servicios de salud;
- Reorganizar los servicios de atención materna con base en la cobertura universal y el enfoque de riesgo;
- Mejorar las condiciones de eficiencia operativa de los servicios de atención materna, reforzando la capacidad resolutoria del primer nivel de referencia;
- Aumentar la cobertura y calidad de la atención prenatal, poniendo énfasis en la captación de gestantes del área rural y urbano-marginal;

- Prevenir el aborto y mejorar la atención del aborto incompleto;
- Racionalizar el uso de tecnologías;
- Desarrollar los modelos alternativos de atención materna, hogares para embarazadas de alto riesgo, casas de parto y parto limpio domiciliario por parteras tradicionales.

Papel de la OPS

Con el fin de apoyar el cumplimiento de estas estrategias, el Programa Materno-infantil de la OPS ha diseñado un Plan de Acción para 1992-1995 (25). Este Plan está basado en tres pilares: a) el desarrollo de la vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna en la Región; b) la promoción de la implantación de los planes de acción nacionales, simultáneamente con la movilización de recursos para su ejecución y la medición de sus costos, y c) el apoyo a las iniciativas interpaís dirigidas a mejorar las tecnologías y a compartir las experiencias.

En síntesis se espera promover a nivel de los países y a escala internacional una gran concertación social, para la ejecución del Plan Regional de Reducción de la Mortalidad Materna, que a su vez reduzca la agobiante deuda social contraída con las mujeres de esta Región.

Referencias

- (1) *Plan de Acción Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna en las Américas*. XXIII Conferencia Sanitaria Panamericana/ XLII Reunión del Comité Regional de la OMS para las Américas. Washington, DC, 1990. Documento OPS/OMS-CSP-23/10 (Esp) 20 Julio 1990.
- (2) OPS/OMS. *XXXV Reunión del Consejo Directivo/ XLIII Reunión del Comité Regional de la OMS para las Américas*. Washington, DC, 1991.
- (3) Marckwardt AM, Ochoa LH. Comparative Population and Health Data for the Latin American Region [borrador]. Institute for Resource Development/Macro International. Columbia, Maryland, EUA, enero 1992.
- (4) Herz B, Measham T. Safe Motherhood Initiative: *Proposals for Action*. World Bank Discussion Paper No. 9. Banco Mundial, Washington, DC, 1987.
- (5) Suárez Ojeda N, Moreno E, Brant JC, Rodríguez MV, Araiz S, Ruiz F, Miravet MD. Evaluación de servicios de salud materno-infantil. Condiciones de eficiencia en algunos países de América Latina. En: *Evaluación de Servicios de Salud Materno-infantil*. OPS/OMS, Washington, DC, pp 239-269, 1989.
- (6) Rochat RW. *The magnitude of maternal mortality: definitions and methods of measurement*. Documento OMS/FHE/PMM/85.6.1.
- (7) Kestler EE. Maternal Mortality in Guatemala. A big gap...but just start! Documento presentado al *Primer Taller Latinoamericano sobre Salud Materno-infantil: Estrategias Operativas*. Metepec, Puebla, México, 27 mayo - 1 junio 1991.
- (8) Castellanos MDJ, Ochoa Vázquez JC, David V. Mortalidad de mujeres en edad reproductiva y mortalidad materna. Documento presentado al *Congreso Latinoamericano de Obstetricia y Ginecología*, Montevideo, Uruguay, diciembre 1990.
- (9) Pino A, Reascos N, Villota I, Landázuri X, Yépez R. Mortalidad materna en el Ecuador y aspectos culturales en la

atención de la mujer embarazada. *Revista del Instituto Juan César García* 1(1): 33-56, enero 1991.

(10)Laurenti R. *A saúde materna na Região das Américas*. Documento presentado a la OPS. pp. 20, marzo 1992.

(11)Bobadilla JL, Reyes Frausto S, Karchmer S. Magnitud y causas de la mortalidad materna en el Distrito Federal, 1988-1989. Documento presentado en el *Seminario sobre Causas y Prevención de la Mortalidad de los Adultos en los Países en Desarrollo*, Santiago, Chile, 7-11 octubre 1991.

(12)Högberg U, Wall S. Secular trends in maternal mortality in Sweden from 1750 to 1980. *Bulletin of the World Health Organization* 64(1): 79-84, 1986.

(13)Parazzini F, La Vecchia C, Mezzanotte G. Maternal mortality in Italy, 1955 to 1984. *Am J Obstet Gynecol* 159(2): 421-422, 1988.

(14)Sachs BP, Jewett JF, Brown DAJ, Driscoll SG, Schulman E, Acker D, Ransil BJ. Maternal mortality in Massachusetts: Trends and prevention. *N Engl J Med* 316: 667-672, 1987.

(15)Measham AR, Rochat RW. Slowing the stork: Better health for women through family planning. Documento de trabajo, *International Conference on Better Health for Women and Children through Family Planning*, Nairobi, Kenya, 1987.

(16)National Center for Health Statistics. *National Hospital Discharge Survey*. USDHHS (CDC/PHS), Hyattsville, MD, EUA, 1991.

(17)Instituto Mexicano del Seguro Social. *Subdirección General Médica: Estadísticas de egresos hospitalarios 1989*. Tomado de 30 diagnósticos más frecuentes por sexo. México, DF, pp. 1-2, mayo 1990.

(18)Acsadi GTF, Johnson-Acsadi G, Vlassoff M. *Safe motherhood in Latin America and the Caribbean: Socio-Cultural and demographic aspects of maternal health*. Documento preparado para reuniones sobre maternidad segura en América Latina y el Caribe. Acsadi & Associates, Nueva York, 1991.

(19)Henshaw SK. Aborto inducido: Una perspectiva mundial. *Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar*. Número especial, pp.12-16, 1987.

(20)CLAP/OPS. El nacimiento por cesárea hoy. En: *Salud Perinatal* 3(9):101-120, 1989.

(21)Tinker A. Safe motherhood: How much does it cost? Documento presentado al *Taller sobre costos de la maternidad segura*, Banco Mundial, Washington DC, abril 1991.

(22)Elu MC. En: Informe final, *Primer Taller Regional sobre Investigación en Mortalidad Materna*. Secretaría de Salud de México. Dirección General de Salud Maternoinfantil -OPS/OMS. México, DF, México; pp. 11, abril 1990.

(23)Mojarro OD, Hernández DF, Fuentes JV, Martínez JM. La epidemiología de la mortalidad materna y las estrategias operativas de los Comités de Mortalidad Materna en el Instituto Mexicano del Seguro Social. Documento presentado al *Primer Taller Latinoamericano sobre Salud Maternoinfantil: Estrategias Operativas*. Metepec, Puebla, México, 27 mayo - 1 junio 1991.

(24)Rodríguez J, Quintero C, Bergonzoli G, Salazar A. Avoidable mortality and maternal mortality in Cali, Colombia. Documento OMS FHE/PMIM/85.6.2.

(25)OPS/OMS. Programa Regional de Salud Maternoinfantil. *Plan de Acción 1992-1995*, Washington, DC, diciembre, 1991.

(Fuente: Programa de Salud Maternoinfantil y Población, OPS.)

Calendario de reuniones

| | | |
|---|--|--|
| 16 al 18 junio 1993 Keystone, Colorado, EUA | Vigésimosexta Reunión Anual de la Sociedad de Investigación Epidemiológica (SER) | Dr. Richard Hamman Dept. of Preventive Medicine and Biometrics UCHSC, Box 425 Denver, Colorado 80262, EUA Tel. (303) 270-6863 Fax (303) 270-3183 |
| 24 agosto al 11 septiembre 1993 Montreal, Quebec, Canadá | Vigésimosegunda Conferencia Internacional sobre Población de la Unión Internacional para el Estudio Científico de la Población (IUSSP) | Réjean Lachapelle Ottawa, Ontario, Canadá Tel. (613) 951-3763, o Bruno Remiche IUSSP 34, rue des Augustins B-4000 Liège, Bélgica Tel. 32(41) 22-40-80 Fax 32(41) 22-38-47 |
| 18 al 22 octubre 1993 Buenos Aires, Argentina | Segundo Congreso Panamericano de Epidemiología y Atención de la Salud. En conmemoración del décimo aniversario del Seminario sobre Usos y Perspectivas de la Epidemiología - Buenos Aires 1983 | Dr. Jorge Daniel Lemus Cerviño 3356, 7mo piso División Area Programática 1425 Capital Federal, Argentina Tel. 54(1) 801-0020 Fax 54(1) 801-7767 |
| 27 al 29 octubre 1993 La Habana, Cuba | Cuarto Congreso Cubano de Microbiología y Parasitología Primer Congreso de Medicina Tropical | Prof. Gustavo Kourí Flores Presidente, Comité Organizador Instituto "Pedro Kourí" Apartado 601, Marianao 13 Ciudad de La Habana, Cuba Fax 21- 5957 |