



EDITORIAL
EDITORIAL

TENDENCIA DE LA MORTALIDAD MATERNA EN EL PERÚ. DESAFÍOS PENDIENTES

TENDENCY OF MATERNAL MORTALITY IN PERU. THE PENDING CHALLENGES

Hace 26 años se llevó a cabo en Nairobi la Conferencia Internacional sobre Mortalidad Materna, de la que se desprendió la Iniciativa Maternidad Segura. Estamos cerca de cumplir, el año próximo, 20 años desde que se llevara a cabo la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo en el Cairo y en el 2015 debemos dar cuenta a la comunidad internacional sobre los logros en relación a los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), cuyo objetivo 5 contiene la meta específica de reducir en 75% las cifras de mortalidad materna, tomando como referencia las existentes en la década de los 90.

Desde las fechas mencionadas, en todo el mundo ha habido una intensa movilización de los gobiernos, de las instituciones nacionales e internacionales, con el propósito de hacer frente a estos compromisos. El Perú ha sido parte de esta movilización, habiéndose desarrollado en esta parte del mundo una variada cantidad de intervenciones encaminadas a mejorar las condiciones de salud materna y obviamente a reducir la mortalidad.

La publicación de los organismos de Naciones Unidas del 2010⁽¹⁾ reporta que en el mundo ocurren hoy en día 358 000 defunciones maternas, una razón de muerte materna (RMM) de 290 por cada 100 000 nacidos vivos en países en desarrollo, 14 en países desarrollados y 85 en América Latina y El Caribe. Dentro de ese marco la evolución de la RMM en los países latinoamericanos, según Hogan y col⁽²⁾, ha sido estimada como aparece en la tabla 1.

LUIS TÁVARA OROZCO^{1,2,3}

¹ Presidente del Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos, SPOG

² Director Ejecutivo de FLASOG

³ Integrante del Grupo de Trabajo FIGO para la Prevención del Aborto Inseguro

Correspondencia:

Dr. Luis Távara Orozco

Correo electrónico:

luis.tavara@gmail.com

Rev peru ginecol obstet. 2013;59: 157-160

Igualmente, la OPS/OMS en su publicación Estado de la Salud en Sud América reporta un estimado de la RMM para los países de esta región según la tabla 2⁽³⁾. Ambas tablas pueden ser leídas en el sentido que el Perú ha realizado un gran esfuerzo para reducir en forma importante las cifras de mortalidad materna, así como otros países de la región de América del Sur.

Recientemente, la Dirección General de Epidemiología (DGE) del Ministerio de Salud de Perú ha presentado públicamente el documento La Mortalidad Materna en el Perú 2002-2011⁽⁴⁾, en el que hace un análisis minucioso de este indicador en los últimos 10 años, tomando como fuente el Registro de Hechos Vitales y el Registro del Sistema de Vigilancia Epidemiológica del Ministerio de Salud y aplicando el método estadístico de captura y recaptura para reducir el subregistro.

Esta importante publicación encuentra que en los 10 años de estudio hubo un total de 6 691 muertes maternas a nivel nacional, lo que se traduce en una



Tabla 1. Evolución de la RMM desde 1980 al 2008 en los países de Sur América.

País	RMM 1980 (intervalo)	RMM 1990 (intervalo)	RMM 2000 (intervalo)	RMM 2008 (intervalo)
Argentina	80 (71-91)	60 (53-68)	52 (46-59)	49 (43-55)
Bolivia	547 (344-845)	430 (276-666)	269 (168-413)	180 (110-284)
Brasil	149 (84-242)	112 (64-186)	69 (43-106)	55 (34-86)
Chile	70 (62-80)	44 (38-50)	24 (21-28)	21 (19-25)
Colombia	115 (102-130)	71 (62-81)	61 (54-70)	46 (41-53)
Ecuador	288 (178-443)	181 (114-281)	121 (69-196)	77 (48-110)
Paraguay	185 (11-288)	146 (92-224)	129 (80-200)	113 (70-173)
Perú	268 (165-406)	172 (110-262)	125 (79-195)	81 (50-123)
Uruguay	55 (46-64)	33 (27-39)	26 (21-32)	25 (18-31)
Venezuela	74 (65-83)	66 (58-75)	56 (49-63)	48 (42-559)

Tabla 2. Evolución de la mortalidad materna en Sudamérica desde 1990 y reducción esperada según el Objetivo de Desarrollo del Milenio 5 para 2015.

País	Razón de muerte materna por 100 000 nacidos vivos				Reducción (%) desde 1990 a 2000
	Año 1990	Año 2000	Año 2009	Esperado 2015	
Argentina	100	35	55	25	45
Bolivia	650	230	229	163	65
Brasil	220	90	72	55	67
Chile	40	19	17	10	59
Colombia	100	105	76	24	24
Ecuador	150	97	96	38	36
Paraguay	160	164	125	40	22
Perú	280	185	93	70	67
Uruguay	85	11	11	21	87
Venezuela	120	60	63	30	48
Sud América	188	92	75	47	60

RMM de 111,9 para la década. Cuando se desgrega esta cifra, podemos encontrar que la RMM para el año 2002 fue 118,3 y para el año 2011 fue 92,7. Esta última cifra es concordante con la publicada por ENDES y por los estimados hechos en las dos tablas anteriores. Igualmente, se podrá apreciar que durante la década estudiada el país ha sido capaz de reducir la Razón en una proporción de 25,6, un número interesante pero no suficiente para cumplir con la meta del milenio. Si bien es cierto la cifra promedio nacional ha descendido en forma importante, también es cierto que esta no ha sido uniforme y se mantienen regiones con cifras mayores que el promedio, y algunas en las cuales dentro de la década estudiada se han elevado desde el primer al segundo quinquenio. Es igualmente

llamativo que cuando se estudia la RMM específica para grupos de edad, las adolescentes entre 15-19 años ostentan una cifra de 260 por 100 000 NV, que representa dos veces y media más la cifra que se encuentra para las mujeres entre 20 y 29 años (aproximadamente una razón de 100). Como el anterior hallazgo a nivel de regiones, esta cifra invita a un pronto ajuste en las políticas y entrega de servicios de salud sexual y reproductiva oportunos y de calidad para este grupo de jóvenes.

La muerte materna, si bien es cierto ocurre por una causa final que usualmente es una emergencia médica o quirúrgica, el origen de esta tragedia es multifactorial. Dentro de esta perspectiva, hace ya varios años se reconoce claramente las interven-



ciones que mejores resultados han dado para reducir estas defunciones y que pasan por: atención intraparto en establecimientos de salud por personal calificado, atención obstétrica de emergencia, planificación familiar, atención prenatal, atención posparto y atención del aborto en condiciones seguras^(5,6). Gran parte de estas intervenciones han sido fortalecidas en el Perú, pero lo referente a planificación familiar y atención humanizada del aborto quedan aún como pendientes importantes intervenciones para incorporar.

La publicación de la DGE examinó en detalle las causales de MM, volviendo a encontrar que para la década fue la hemorragia la causa básica más importante de las defunciones, la misma que tiene una tendencia a subir del primer al segundo quinquenio, conforme se ve en la tabla 3⁽⁴⁾. La tabla evidencia además que entre las 5 primeras causas no aparece ni el parto obstruido ni las infecciones puerperales, de común aparición en diferentes estadísticas.

La presencia de la hemorragia, cuya expresión más común es la hemorragia puerperal, como principal causa de muerte materna revela las deficiencias en la aplicación de un procedimiento que previene eficazmente este accidente y que es el alumbramiento activo mediante el uso de oxitócicos parenterales⁽⁷⁾, aunque hoy existe, además, abundante bibliografía sobre el uso profiláctico del misoprostol por vía oral una vez que se ha producido la expulsión del niño⁽⁸⁾.

Al parecer los trastornos hipertensivos mantienen su frecuencia a lo largo de la década sin ninguna tendencia a declinar, lo que hace suponer que no han existido progresos en el manejo de gestantes con preeclampsia-eclampsia en concordancia con las evidencias actuales⁽⁹⁾. El tercer lugar en causalidad está en relación con las llamadas causas indirectas, que agrupan mujeres que no han recibido oportunamente información en planificación familiar y entrega de anticonceptivos para evitar un embarazo, o si estas gestantes fueron manejadas tempranamente en los servicios y detectadas las complicaciones que ponían en serio peligro su vida y su salud, hubieran sido pasibles de una interrupción terapéutica del embarazo. Y la cuarta causa está relacionada con los embarazos que terminan en aborto, muy probablemente abortos inseguros que se han complicado severamente hasta acabar con la vida de esas mujeres. Estos casos revelan la necesidad de entender mejor el tema del aborto inseguro, lo cual requiere de un manejo más humano y oportuno del aborto, sin discriminar a las mujeres y con estricto apego al respeto por sus derechos⁽¹⁰⁾.

A manera de conclusión, podemos decir que la mortalidad materna es un tema de salud pública y de derechos humanos, que en el Perú ha tenido evidentes progresos. Las mejores condiciones de vida de la población, la mayor atención institucional del embarazo, parto y puerperio, las diferentes intervenciones realizadas para mejorar la salud materna y la mejor capacidad resolutoria de los establecimientos de salud han contribuido a mejorar

Tabla 3. Principales causas de muerte materna, Perú 2002-2011 (Tomada de ref. 4)

Causas de muerte	Período de análisis		
	2002-2011 (%)	2002-2006 (%)	2007-2011 (%)
Hemorragia obstétrica	48,8	35,2	42,6
Trastornos hipertensivos	23,3	22,0	22,7
Complicaciones no obstétricas	10,0	18,7	14,0
Embarazo que termina en aborto	10,9	8,6	9,8
Afecciones contribuyentes	2,9	5,2	3,9
Otras complicaciones obstétricas relacionadas con el puerperio	2,0	2,9	2,4
Complicaciones de manejo no previsto	1,5	1,6	1,6
Desconocida /indeterminada	0,0	2,7	1,2
Infección relacionada con el embarazo	0,6	1,6	1,1
Otras complicaciones obstétricas relacionadas con el embarazo	0,1	1,6	0,8



las cifras, sin que esto quiera decir que estamos en lo óptimo. Existen grupos poblacionales, como las adolescentes y las de regiones con razones que superan a la media, que requieren de intervenciones más eficaces. Para responder a los compromisos del milenio y a los desafíos derivados de la comunicación del Ministerio de Salud será necesario hacer ajustes pendientes en el manejo de las complicaciones obstétricas más frecuentes, hacer una detección y manejo oportuno de las interurrencias que se pueden presentar en el embarazo, fortalecer la planificación familiar y humanizar el manejo del aborto.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank. Trends in maternal mortality: 1990 to 2008; Geneva: WHO, UNICEF, UNFPA, WB 2010; pp53.
2. Hogan MC, Foreman, Naghavi M, Ahn SY, Wang M, Makela SM, Lopez AD, Lozano R, Murray CJ. Maternal mortality for 181 countries 1980-2008: a systematic analysis of progress towards Millenium Development Goal-5. *Lancet*. 2010;375(9726):1609-23. doi 10.1016/S0140-6736 (10) 60518-1.
3. OPS/OMS. Salud en Sud América. Edición de 2012. Panorama de la situación de salud y de las políticas y sistemas de salud. Washington DC:OPS/OMS 2012: pp 98.
4. Ministerio de Salud, Perú. La mortalidad materna en el Perú 2002-2011. Lima-Perú: Dirección General de Epidemiología 2013: pp 331.
5. Freedman LP. Using human rights in maternal mortality programs: From analysis to strategy. *Int J Ginecol Obstet*. 2001;75:51-60.
6. Campbell MRO, Graham WJ. Strategies to reduce maternal mortality: advancing with what works. *Lancet*. 2006;368:1284-99.
7. Prendiville WJ, Elbourne D, McDonald S. Active versus expected management in the third stage of labour. *Cochrane Review*. En: Reproductive Health Library, Issue 9, 2006.
8. Prata N, Passano P, Bell S, Rowen T, Potts M. New hope: community based- misoprostol use to prevent postpartum haemorrhage. *Health Policy and Planning*. 2012;1:1-8.
9. FLASOG. Módulo de capacitación en preeclampsia-eclampsia. Panamá, Panamá: Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología. 2012: pp 54.
10. Faundes A. Strategies for the prevention of unsafe abortion. *Int J Gynecol Obstet*. 2012;119 (Suppl 1):S68-S71.