



## Ginecología y Obstetricia

© Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología

**Ginecol. obstet.** 1996; 42 (3): 17-22

### SALUD PÚBLICA

## Mortalidad materna en el Perú, Responsabilidad de todos.

LUIS TÁVARA

### Introducción.

Por el menor número absoluto de muertes maternas en relación a las muertes infantiles, la verdadera dimensión de esta tragedia no fue valorada sino hasta después de las conferencias mundiales de Ginebra y Nairobi, en 1985 y 1987, respectivamente, luego de las cuales se generó en el mundo, por fortuna, una corriente por una maternidad segura<sup>1, 2</sup>.

La UNICEF calcula que cada año 585000 mujeres pierden la vida en el mundo, como consecuencia de complicaciones que se presentan en el embarazo, parto y puerperio<sup>1</sup>. Del total de éstas muertes, el 7% (35000) ocurre en América Latina y, de éstas, alrededor de 5000 corresponden al grupo andino (Bolivia, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela)<sup>3</sup>. Debo agregar que, de éstas muertes, aproximadamente 1600 corresponden al Perú<sup>4</sup>.

El problema de la muerte materna es objeto de creciente preocupación, sobre todo después de Nairobi, cuando se lanzó la iniciativa mundial por una maternidad sin riesgos, acontecimiento importante en favor de los derechos de la mujer. La iniciativa planteó como meta reducir las muertes maternas al 50% para el año 2000. En América, en los últimos años se ha incrementado la información y la investigación, y se ha convocado diferentes reuniones internacionales y nacionales. Así, se llevó a cabo, en 1985 la I Reunión Regional sobre Mortalidad Materna, en Campinas-Brasil, convocada por OPS; en 1992, la Conferencia Centroamericana para una Maternidad sin Riesgos, que concluyó en la declaración de Guatemala (60); en 1993, la Conferencia Andina sobre Maternidad sin Riesgo<sup>3</sup>. De otro lado, la mortalidad materna viene siendo tema central de diferentes congresos nacionales e internacionales.

En setiembre de 1990, los Ministros de Salud de los países de las Américas aprobaron el Plan de Acción Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna en las Américas<sup>7</sup>, según el cual los países asumieron el compromiso de reducir las tasas de muerte materna en 50% para el año 2000. Como consecuencia de este plan, en 1991 se elaboró la propuesta para operacionalizar el plan de Acción Regional, documento que contiene 8 líneas concretas para cumplir en los años siguientes<sup>8</sup>.

Las tasas tan bajas de muerte materna, en muchos países desarrollados, demuestra que esta tragedia es totalmente evitable, y para ello se cuenta desde hace mucho tiempo con los conocimientos suficientes y la tecnología necesaria. Las mujeres de los países subdesarrollados, en comparación con las del mundo desarrollado, tienen un riesgo de 50 a 100 veces más de morir como consecuencia de complicaciones del embarazo, parto y puerperio<sup>1, 2, 3</sup>. Esta situación obliga a asumir una tarea difícil, pero no imposible, siempre y cuando sea una tarea de todos.

Esta comunicación intenta presentar brevemente el estado de la mortalidad materna en el Perú y, al final, algunas propuestas para enfrentarla.



## Modelo de análisis de las causas de muerte materna.

Los médicos estamos acostumbrados a asignar como causalidad de muerte materna las causas inmediatas que originan la tragedia. Sin embargo, Fathalla<sup>9</sup>, en su análisis sobre «¿De qué murió la señora X?», abre otras posibilidades para examinar el problema, de la visión restringida al análisis más amplio, teniendo en cuenta los factores de orden social, cultural, económico, demográfico, estado de salud, rol de los servicios de salud y las complicaciones del embarazo, parto y puerperio, conforme se desprende de la Figura 1<sup>10</sup>.

Estudiar o enfrentar alguno de los diferentes factores no es excluyente de los demás; por el contrario, el enfoque integral contribuye a comprender mejor el problema, sobre todo cuando se quiere emprender soluciones. Esto significa que la iniciativa de una maternidad segura se está perfeccionando.

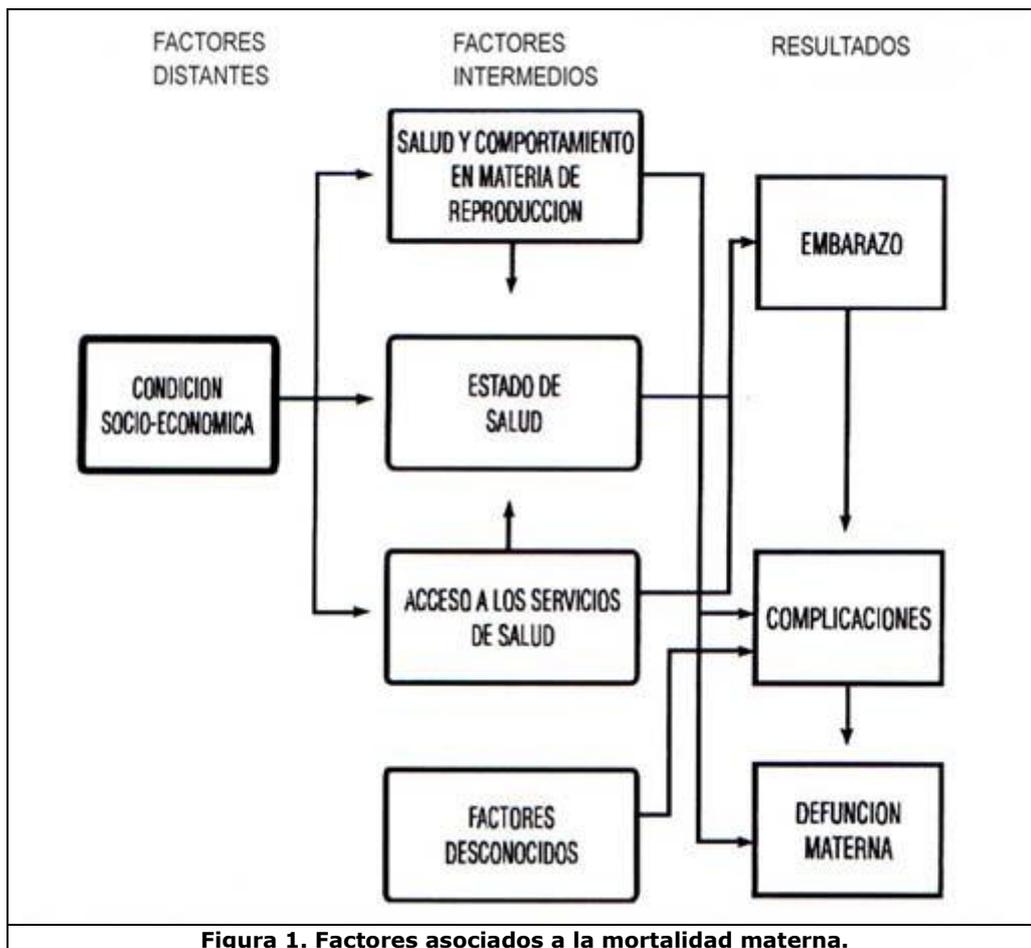


Figura 1. Factores asociados a la mortalidad materna.

Para 1995, el INEI estima una población total de 23,5 millones de habitantes, de los cuales 71% vive en el área urbana y 29% en el área rural. La población de menores de 15 años constituye el 38%, las mujeres en edad fértil, 26% y las adolescentes, 23%. La esperanza de vida al nacer es 67 años, siendo mayor en las mujeres que en los varones<sup>11</sup>.

El PBI per cápita fue 1600 dólares americanos en 1990 y aumentó a 2150 en 1994; sin embargo, la mitad de la población peruana (49.6%) vive en situación de pobreza y 1 de cada 5 peruanos se encuentran en condición de pobreza, que en el Perú tiene mayormente rostro femenino.

Desgraciadamente, la pobreza tiene como acompañante obligado los bajos niveles de educación. Para 1993, la tasa de analfabetos en el Perú fue 13%, siendo más notoria en las áreas rurales y afectas principalmente a las mujeres, ya que tiene doble frecuencia en relación a los varones<sup>13-15</sup>.



Las mujeres más pobres e ignorantes son las que ostentan mayores tasas de fecundidad, menor tasa de uso de anticonceptivos, mayores complicaciones del embarazo, parto y puerperio y, como consecuencia, tasas más altas de muerte materna<sup>16,17</sup>.

En los hogares peruanos existe aún notorias deficiencias; sólo 59% dispone de agua potable conectada a la red pública, sólo 42% tiene acceso a la disposición de excretas en la red de alcantarillado y sólo 70% cuenta con energía eléctrica<sup>16</sup>.

Las tasas de desempleo y subempleo son aún altas; el acceso al empleo carece de equidad, estando la mujer en clara desigualdad de género<sup>13</sup>.

Todas estas condiciones económicas y sociales se resumen en la Tabla 1. A lo anterior habría que acondicionarle la situación de violencia y los trastornos psicosociales. La violencia es una de las formas más explícitas de discriminación contra la mujer peruana. En Lima, más del 80% de todas las demandas por discriminación y violencia son contra la mujer. La violencia afecta la salud materna en una magnitud aún no determinada<sup>3</sup>.

### Examen de los factores intermedios.

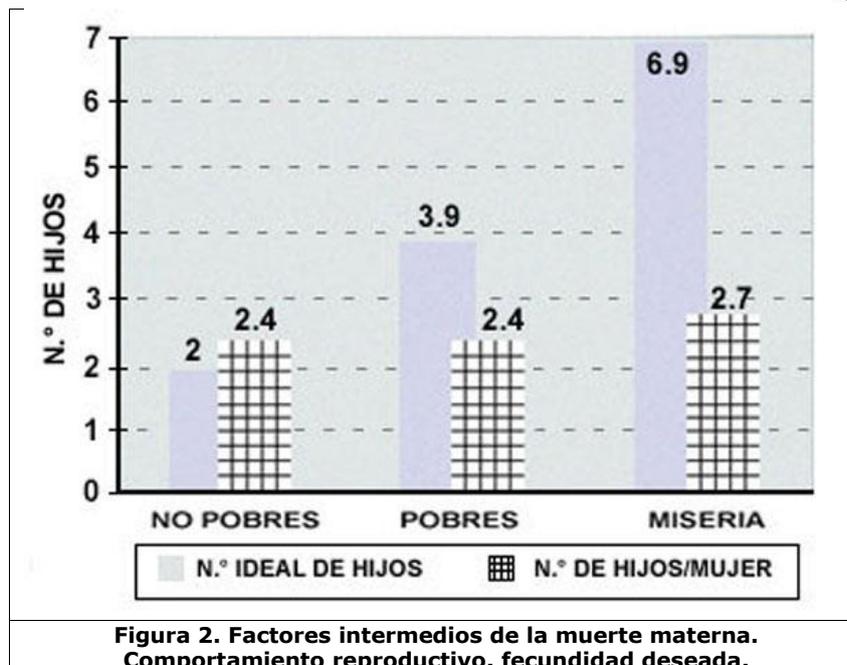
Los tres primeros factores intermedios contenidos en la Figura 1 se ven afectados por la condición socioeconómica; por otro lado, el comportamiento reproductivo, así como el acceso a los servicios de salud, tienen que ver con el estado de salud de la mujer.

#### (1) Salud y comportamiento en materia de reproducción.

- Edad: Los embarazos en los extremos de la vida reproductiva son evidentemente de riesgo. El 20% de los partos que se atiende en los establecimientos de la salud del Perú corresponde a adolescentes y, como aspecto importante, debe subrayarse que 20% de las muertes asociadas a aborto se da en el grupo etáreo de 10 a 19 años<sup>19</sup>. Las mujeres mayores de 35 años han acumulado problemas de salud durante su vida (hipertensión, diabetes), circunstancias que pueden causar complicaciones maternas. En el Perú, 25% de las muertes maternas sucede en mujeres después de los 35 años<sup>19</sup>.

- Paridad: Es conocida la relación directa entre la mortalidad materna y la paridad. Las nulíparas y las mujeres, que tienen más de 4 hijos, tienen mayor riesgo de morir. En el Perú, 23% de las (Tabla 1 y Figura 2) muertes ocurren en las nulíparas y 34% entre aquellas que tienen 4 ó más partos<sup>19</sup>.

<b>Tabla 1. Factores distantes de la muerte materna: Condición económico-social (1995)</b>	
Población peruana	23.5 mill. hab
- Urbana	71%
- Rural	29%
Menores de 15 años	38%
MEF	26%
Adolescentes	23%
Esperanza de vida	67años
PBI per capita (1990)	US \$ 1,600
PBI per capita (1994)	US \$ 2,150
Población en pobreza	49.6%
Población en extrema pobreza	20%
Tasa de analfabetismo	13%
Agua potable	59%
Disposición excreta	42%
Energía eléctrica	70%
Pobreza, analfabetismo, discriminación y violencia tienen rostro de mujer	



- Intervalo intergenésico: El 20% de las muertes en el Perú ocurre en primigestas, 32% en mujeres con intervalo intergenésico menor de 2 años, 9% en mujeres con intervalo de 2 a 4 años, 7% en mujeres cuyo intervalo es ignorado. En el Perú existe un gran número de mujeres con paridad alta e intervalos intergenésicos cortos; así, para 1994 existía 1 millón con intervalo menor de 24 meses<sup>5, 13</sup>.

- Paridad deseada: Según ENDES II, existe un deseo muy grande de las mujeres peruanas de limitar el número de hijos. El 64% de las MEF unidas ya no desean tener hijos. En promedio, desean tener menos de tres hijos, pero esto no es alcanzable en las mujeres pobres o muy pobres, conforme puede verse en la Figura 2<sup>16</sup>.

## (2) Estado de salud

La desnutrición crónica, la anemia y la parasitosis afectan gravemente la salud de la mujer, puesto que facilitan la presencia de complicaciones del embarazo y dificultan su capacidad de respuesta frente a las hemorragias e infecciones<sup>3,20</sup>. En la población popular de gestantes en Lima, la anemia se presenta en más del 50% de ellas<sup>21</sup>. La prevalencia de desnutrición en las gestantes de zonas urbanomarginales de Lima es 29.5%, que no es más que la continuación de un mal estado nutricional, que se inicia desde antes del embarazo.

La tuberculosis es una enfermedad crónica muy frecuente en las mujeres embarazadas peruanas y constituye la causa indirecta más importante de muerte materna<sup>19,22</sup>.

El 20% del total de defunciones femeninas por cáncer en el Perú es a consecuencia del cáncer de cuello uterino, enfermedad asociada a las enfermedades de transmisión sexual<sup>23</sup>. Tenemos la impresión que las ETS/SIDA son enfermedades de prevalencia alta en las mujeres en edad fértil, pero no se tiene información precisa al respecto.

## (3) Acceso a los servicios de Salud

La tecnología médica para impedir casi todas las defunciones maternas debidas a complicaciones obstétricas está disponible desde hace varias décadas; de otro lado, el acceso a los servicios no es un concepto simple. Ello quiere decir no es suficiente la existencia de los servicios, sino que la gente disponga de la información necesaria para utilizarlos; que quien los necesite tenga acceso a ellos con un costo razonable; que los suministros y equipos sean adecuados y que los servicios sean aceptables y satisfagan a las pacientes y familiares<sup>10</sup>. Las deficiencias en una o más de estas condiciones ocurren con frecuencia en nuestros países; por ello es que muchas de las muertes maternas son evitables<sup>22</sup>.

Del total de parturientas peruanas, sólo 65% tuvo control prenatal, y la atención institucional del parto sólo alcanza al 46%; el parto aún es atendido, en una proporción importante, por parteras tradicionales y por



familiares (Figura 3). La vacunación antitetánica durante el embarazo es deficitaria; sólo 20% de las embarazadas han recibido 2 dosis, 15% una sola dosis y 65% ninguna<sup>16</sup>.

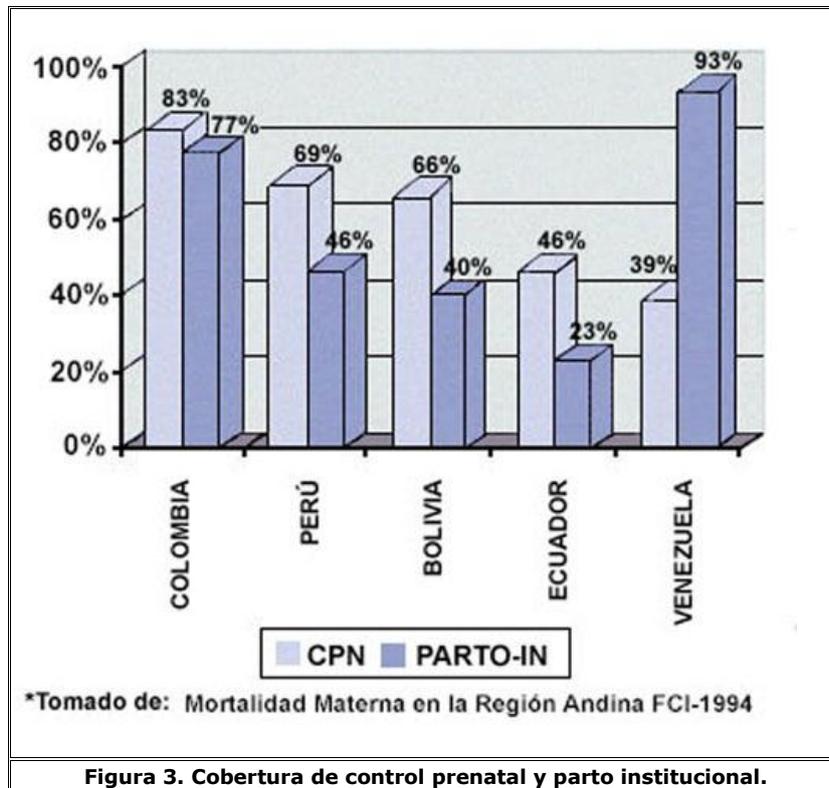


Figura 3. Cobertura de control prenatal y parto institucional.

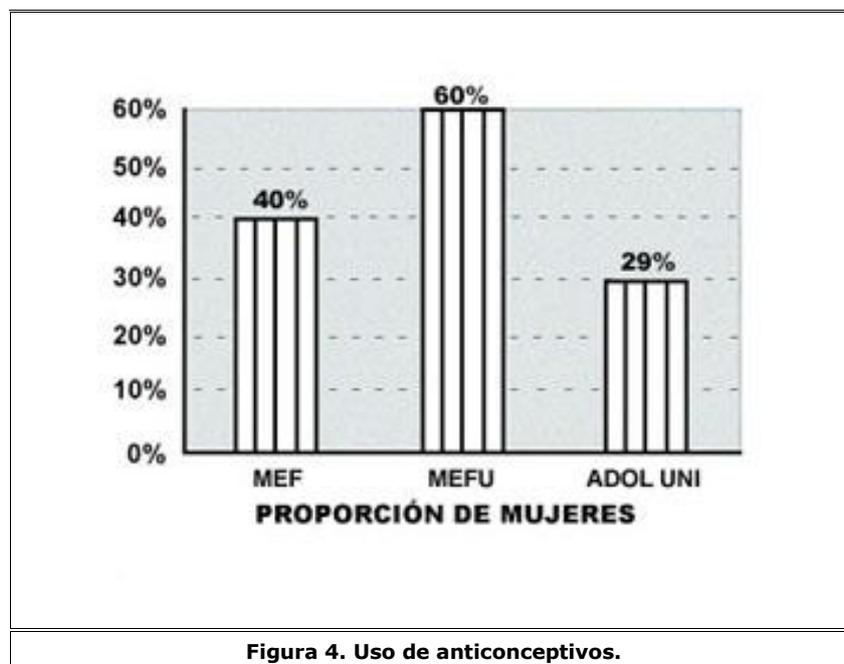


Figura 4. Uso de anticonceptivos.



En una gran proporción, las MEF peruanas conocen los anticonceptivos, pero sólo 40% los usan, proporción que se eleva a 60% cuando tomamos sólo a las MEF unidas. Sólo 29% de las adolescentes unidas usan anticoncepción. En los tres grupos, los métodos tradicionales ocupan una fracción importante<sup>16</sup> (Figura 4).

En diferentes publicaciones se puede comprobar que los países con mayor asistencia del embarazo, parto y planificación familiar muestran tasas de mortalidad materna evidentemente menores, lo que obliga a mejorar la oferta de servicios<sup>24</sup>.

Si a las anteriores consideraciones sobre los servicios, le sumamos una falta de información, dificultades financieras, falta de calidad y calidez en los servicios, insuficiente capacidad resolutoria de los mismos frente a los problemas obstétricos, dificultades en la referencia oportuna de complicaciones obstétricas, deficiencias en el transporte y comunicación y una falta de aplicación del enfoque de riesgo en la prestación de servicios, el problema resulta aún más complejo. Esta última apreciación puede ser resumida para la solución de problemas: demora en identificar que existe un problema por parte de la paciente o su familia, demora en acceder a un establecimiento de salud y demora en la prestación del servicio<sup>18,19</sup>.

### Examen de los resultados.

Está claro que para que haya una defunción materna es necesario que exista un embarazo y complicaciones, que finalmente son las que producen la muerte. En el Perú, las tasas de mortalidad materna no se han modificado sustancialmente en las últimas décadas, conforme observamos en la Tabla 2 <sup>24-26</sup>.

<b>Año</b>	<b>Tasa de MM (por 100 mil/nv)</b>
1960	400
1963	398
1970	390
1975	350
1980	318
1987	303
1993	261

Fuente:  
Escuela de Salud Pública. Realidad Nacional 1987. MINSA. Plan de Desarrollo del sector 1988. G. Mortalidad Materna en el Perú 1993.

En el estudio de Cervantes y col.<sup>19</sup> se precisa que 85% de las muertes maternas en los hospitales del Perú se debe a causas directas y 15% a causas indirectas. La hemorragia es la causa más importante de muerte materna (Figura 5).

### Propuestas para reducir la mortalidad materna

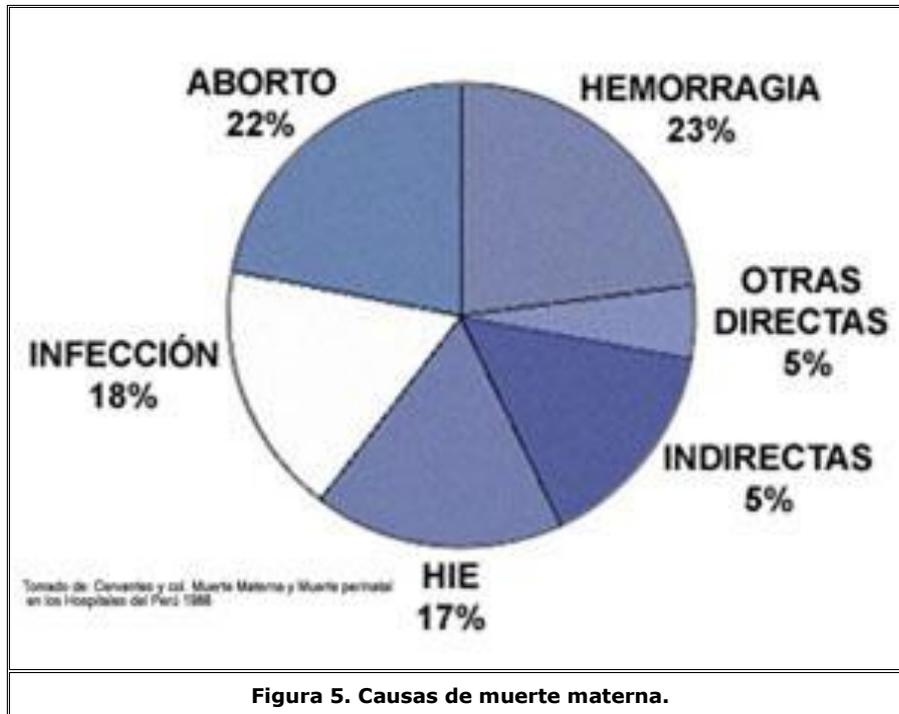
Del rápido análisis efectuado se desprende que la tragedia de la mortalidad materna debe tener un enfoque sistémico y su solución es multifactorial. El problema es por dónde empezar.

En 1988, la OPS publicó un documento en el que se trata de resumir las acciones que deben ser llevadas a cabo en la organización de los servicios para reducir la muerte materna. Tales acciones son 27:

- Dar énfasis a la prevención de los embarazos no deseados y de morbilidad del embarazo.
- Prestación de servicios de salud materna a nivel local, mediante acciones de atención primaria y a través de la interacción con otros sectores y con la comunidad.
- Uso de tecnología apropiada.
- Unificar los servicios de atención materna y planificación familiar.



- Establecer hogares para embarazadas de riesgo alto.
- Disponer de un sistema de alarma y transporte.
- Circular información entre los diversos niveles del sistema, incluyendo la comunidad, en ambos sentidos.
- Organizar y movilizar a la comunidad en la lucha contra la mortalidad materna.



En 1990, el profesor Ubaldo Farnot<sup>28</sup>, en un documento presentado a la reunión de Montevideo sobre mortalidad materna, precisó que los factores que habían influido en Cuba para reducir la muerte materna han sido:

- Mejoría del estado de salud general de la población y, en particular, del estado nutricional de las madres.
- Nivel educativo general de la población, incluyendo educación para la salud.
- La asistencia a la consulta prenatal de todas las embarazadas.
- Atención institucional de más de 98% de los partos.
- Establecimiento de programas especiales para las principales causas de muerte materna.
- Sistema de auditoría médica en cada caso de muerte materna.

El Plan de Acción Regional para la Reducción de la Muerte Materna en las Américas<sup>7</sup> establece, igualmente, una serie de estrategias encaminadas a reducir la mortalidad materna, y el documento propuesto para operacionalizar el Plan<sup>8</sup> identifica claramente las 8 siguientes líneas de acción:

- Formulación del Plan de acción nacional.
- Vigilancia epidemiológica de la muerte materna.
- Aumento de la cobertura de atención prenatal y de planificación familiar en las áreas de mayor riesgo, mediante la captación domiciliaria.
- Atención del parto limpio no institucional.
- Hogares para embarazadas de riesgo alto.
- Casas comunitarias para la atención del parto.
- Reforzamiento de las maternidades del primer nivel de referencia.
- Promoción y fortalecimiento de la planificación familiar, para la prevención del aborto, del embarazo no deseado y atención de la demanda no satisfecha.



Plan de emergencia para la reducción de la mortalidad materna en el Perú.

El país considera a la mortalidad materna y prenatal como una emergencia de salud pública y plantea como meta que, para el año 2000, la tasa de muerte materna debe haber descendido a 100 por 100 mil nacidos vivos<sup>18</sup>.

El plan pretende, en estos 4 años, reducir las muertes que ocurren como consecuencia de las tres demoras para la solución de los problemas obstétricos. Igualmente, reducir las muertes por complicaciones del aborto y acercar a las usuarias las funciones obstétricas esenciales en el primer nivel de referencia.

El plan se propone 4 objetivos específicos:

- (1) Incrementar la cobertura, calidad y calidez de la atención materna y perinatal, priorizando la atención y referencia oportuna de las complicaciones.
- (2) Desarrollar una cultura en pro de la salud materna.
- (3) Desarrollar redes comunitarias para la atención del parto limpio y seguro, con referencia oportuna de los casos de riesgo alto.
- (4) Desarrollar sistemas locales autosostenibles de cuidado maternoperinatal.

Naturalmente, la meta propuesta requiere respaldo político amplio, un compromiso de las instituciones y de la sociedad en su conjunto y una asignación efectiva y adecuada de recursos. La responsabilidad nos corresponde a todos.

#### **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.**

1. UNICEFF. El progreso de las naciones. N. York 1996, p 54.
2. OMS. Conferencia internacional sobre maternidad sin riesgo, Nairobi, Kenya.1987.
3. Alcalá MJ, Dela Galvez-Murilo A. La mortalidad materna en la región andina: una tragedia evitable. Family Care International 199, p44.
4. Vallenás G. Mortalidad Materna en el Perú. Lima AMIDEP 1993, p64.
5. OPS/OMS. I Reunión Regional sobre Mortalidad Materna. Campinas, Sao Paulo-Brasil, 1988.
6. Declaración de Guatemala para una maternidad segura. Guatemala, 1992.
7. OPS/OMS. Plan de Acción Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna en las Américas. Washington DC, nov. 1990, p51.
8. OPS/OMS. Programa Regional de la Salud Maternoinfantil. Propuesta para operacionalizar el Plan de Acción Regional para la reducción de la mortalidad materna en las Américas. Documento preliminar, junio 1991, p29.
9. Fathalla M. The causes of maternal deaths. A global review. Interegional meeting en prevention of maternal mortality. WHO, Geneva, Nov 1985.
10. Maine D. Programas de reducción de la mortalidad materna: opciones y planteamientos. New York Center for Population and Family Health, School of Public Health, Faculty of Medicine, Columbia University 1992 p. 61.
11. INEI. Proyección de la población del Perú. Boletín de Análisis Demográfico N°34, Lima-Perú, abril 1995
12. INEI. Implicancias socioeconómicas del crecimiento de la población 1995-2005; Lima- Perú, abril 1995.



13. UNICEF. Análisis de la situación de la niñez y la mujer. Lima-Perú, marzo 1995.
14. Instituto Cuanto-UNICEF. Niveles de vida Perú: subidas y caídas. Lima, julio 1993.
15. INEI. Censos nacionales 1993.
16. INEI. Encuesta demográfica y de salud familiar (ENDES) 1991-1992. Informe final. Lima-Perú, set 1993.
17. INEI- Ministerio de Salud. Perú: niveles y tendencias de la fecundidad y sus diferencias socioeconómicas 1993. Lima, abril 1995.
18. Ministerio de Salud. Programa de salud reproductiva y planificación familiar 1996-2000. Lima-Perú, enero 1996, p57.
19. Cervantes R, Watanabe T, Denegri J. Muerte materna y muerte perinatal en los hospitales del Perú. Lima-Perú: Ministerio de Salud-Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología-OPS/OMS, 1988.
20. Gonzales del Riego M. Nutrición y embarazo. Ginecol Obstet Perú 1995; 41 (3): 10-3.
21. Huamán J, Lam N, Ayllon G, Lucen A. Anemia y embarazo. Ginecol Obstet Perú 1994; 39 (17): 32-41.
22. Távara L, Chumbe O. Evolución de la mortalidad materna en el cono sur de Lima. En: XI Congreso Peruano de Obstetricia y Ginecología. Tomo del Congreso, Lima-Perú 1991, pág 99-104.
23. Ministerio de Salud. Oficina de estadística e informes técnicos. Defunciones registradas en el Perú 1986-1990. Tomo I. Lima-Perú, octubre 1992.
24. Royston E, Armstrong S. Preventing Maternal Deaths Geneva: WHO. 1989.
25. Escuela de Salud Pública. Realidad nacional, Lima-Perú 1987.
26. Ministerio de Salud. Plan de desarrollo del sector, Lima-Perú 1988.
27. OPS/MS. Elementos básicos para el estudio y la prevención de la mortalidad materna, fascículo II. Washington DC, 1988, p78.
28. Farnot U. Auditoría médica de las defunciones maternas en Cuba 1990. Documento de trabajo presentado en el Taller sobre la mortalidad materna. OPS/CLAP, Montevideo-Uruguay feb 1990, p10.