

EDITORIAL

1. Médico Ginecólogo Obstetra, miembro del staff de la Clínica Santa Isabel, Lima, Perú. Maestro de la Ginecología y Obstetricia Latinoamericana. Presidente de la Sociedad Peruana de Contracepción. Miembro del Comité de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) de Derechos Humanos, Refugiados y Violencia contra la Mujer. Miembro Honorario de la Sociedad Canadiense de Obstetricia y Ginecología. ORCID 0000-0002-8348-173X
2. Médico Cirujano. Comité de Expertos de Salud Sexual y Reproductiva, Ministerio de Salud, Lima, Perú. ORCID 0000-0001-9309-6125

Conflictos de interés: No existen conflictos de interés en la publicación del presente Editorial.

Financiamiento: Propio de los autores.

Recibido: 4 julio 2024

Aceptado: 8 julio 2024

Publicación en línea: 22 julio 2024

Correspondencia:

Miguel Gutiérrez Ramos

✉ mgutierrez@insap.org.pe

Citar como: Gutiérrez Ramos M, Mendoza De Souza. Mortalidad Materna: Todavía lejos de la meta al 2030. Rev peru ginecol obstet. 2024;70(2). DOI: <https://doi.org/10.31403/rpgo.v70i2637>

Mortalidad Materna: Todavía lejos de la meta al 2030

Maternal Mortality: Still far from the 2030 goal

Miguel Gutiérrez Ramos¹, Walter Mendoza De Souza²

DOI: <https://doi.org/10.31403/rpgo.v70i2637>

A través de la historia, la atención del parto, un proceso que se supone natural y espontáneo, ha evolucionado en su atención, primero a cargo de las propias mujeres, para posteriormente ser asistidas por parteras, sin estar libres de resultados materno-perinatales fatales. Es en la edad media en que se incorpora la atención médica, supuestamente para disminuir los desenlaces fatales. A pesar de ello, solo se logró mejorar la atención de partos difíciles para extraer al feto vivo o muerto, mientras los casos con complicaciones y las muerte maternas y perinatales continuaron ocurriendo en gran número, y no mejoraron con la Conquista.

En el siglo pasado empezamos a conocer mejor la causalidad de las muertes maternas (MM), aprendimos a prevenirlas y muchas veces a resolver las complicaciones, mejorando la seguridad de las cesáreas, y la tecnología moderna fue incorporada a la atención rutinaria, empezando por el lavado de manos. Antes del desarrollo de la teoría microbiana de la enfermedad, y no sin la resistencia de sus propios colegas, a partir del análisis estadístico, Semmelweis demostraba el impacto de esa medida, en apariencia tan simple para disminuir la mortalidad causada por la fiebre puerperal⁽¹⁾.

Sin embargo, las muertes maternas no han podido ser erradicadas, a pesar del avance de la ciencia y la tecnología; y en muchos casos, tampoco contamos con la suficiente información que nos permita elaborar estrategias para su reducción. Por ello, continúan siendo un problema de salud pública, sobre todo para países como el nuestro donde un embarazo, un parto o a las pocas semanas posteriores, aún constituye un riesgo para vida de las mujeres.

Desde una perspectiva de largo plazo, en el Perú el número absoluto de muertes maternas ha tendido al descenso sostenido, por la creciente urbanización y debido a la mejora de la capacidad resolutoria de nuestros servicios de salud para enfrentar las emergencias obstétricas. Ello, a pesar de que aún no se ha logrado el acceso y disponibilidad equitativa para la población. Según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) del año 2000, la razón de mortalidad materna (RMM) para los siete años anteriores habría sido 185 por cien mil nacidos vivos. En ese mismo año, el Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (CDC) del MINSa registraba 619 MM⁽²⁾.

Desde entonces, la tendencia al descenso, medida en MM registradas y como RMM, se mantuvo hasta el año 2019 (302 MM) para revertir en los peores años de la pandemia por COVID-19, 2020 y 2021, en los que, respectivamente, se registraron 439 y 493 MM. Según el CDC del MINSa, que cuenta con cientos de profesionales calificados para la vigilancia epidemiológica, en esos años la RMM habría ido en aumento, de 80,9 a 87,4 por cien mil nacidos vivos. Rápidamente la situación recuperó



su tendencia a la baja, al registrarse 291 MM en el 2022 y 264 en el 2023⁽²⁾. No obstante, y para hacer una interpretación cabal de la RMM, es necesario considerar que este descenso tuvo lugar en un contexto de descenso de los nacimientos, aparentemente exacerbado por la pandemia, con lo cual resulta insuficiente limitarnos a su conteo.

Asimismo, un aspecto relevante para el análisis y prevención de las MM es observar el cambio progresivo de la causalidad, así como el momento en que se produjeron, sea en el embarazo, en el parto o en el puerperio. De esta manera vemos que el porcentaje de muertes maternas por causas directas (hemorragias, enfermedad hipertensiva, aborto y otros) tiende a disminuir, desde que en el año 2001 daba cuenta de al menos tres de cada cuatro de las MM, mientras que en el año 2023 no superaba los dos tercios. A su vez, la mortalidad materna indirecta (causada por enfermedad cerebro vascular, cardíaca, oncológica, malaria, entre otras) ha tendido al aumento. El año 2000, aproximadamente una de cada ocho muertes maternas fue por causa indirecta, mientras que del año 2023 fueron dos de cada cinco. En los peores años de la pandemia COVID-19, 2020 y 2021, se elevó a 16,2 y 28,8%, respectivamente. Visto en el largo plazo, estaría en curso una transición obstétrica, tal como también ha sido descrito en otros países⁽³⁾. No obstante, el país sigue careciendo de un plan nacional que implemente las estrategias para alcanzar las metas de reducción, a partir del análisis de los perfiles nacional y departamental. El último tuvo vigencia en el periodo 2009 al 2015⁽⁴⁾.

En el marco de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), el Perú se ha propuesto reducir la estimación nacional a 33 MM por cien mil nacidos vivos al año 2030⁽⁵⁾, nivel que está en torno a la mitad del año con cuya información se estableció. Por ello, para monitorear sus logros se requiere que la estimación de la RMM sea sistemática y comparable en el tiempo, a nivel nacional y departamental.

En ese contexto, y en parte explicable por la pandemia, adquiere mayor sentido el rol de los registros administrativos, así como de las ENDES, que desde el inicio de la pandemia muestran una caída de la fecundidad no menor al 10% respecto de las proyecciones derivadas del censo del 2017. Se trata de un descenso que probablen-

te habría sido aún más marcado sin la población migrante y refugiada llegada de Venezuela que, en particular en Lima, representa aproximadamente el 10% de su población⁽⁶⁾. Y es en Lima donde más habrían decrecido los nacimientos en el periodo posterior a la pandemia^(7,8). Para el primer semestre del 2024, el registro no superaba los doscientos mil nacimientos, habiendo sido para ese mismo periodo poco más de doscientos cuarenta mil en el 2022, y algunos pocos miles más en el en el año 2019. Estos acelerados cambios tienen lugar en medio de otras heterogeneidades subnacionales, especialmente en departamentos de la sierra, cuyas poblaciones tienden a disminuir, lo cual afecta de manera relevante la estimación de la RMM, nacional y departamental⁽⁹⁾.

En tal sentido, resulta altamente relevante el registro y estimación de los nacidos vivos, que conforman el denominador por el que se divide las muertes maternas. No resultaría lo mismo que se calcule la RMM usando las proyecciones de nacimientos oficiales y vigentes que no incorporan el efecto de la pandemia, que hacerlo tomando en cuenta las observaciones directas posteriores a la pandemia, teniendo en cuenta los registros administrativos y las ENDES.

El próximo censo de población ofrecería una oportunidad para hacer tal estimación⁽¹⁰⁾. Para ello, se podría aplicar una pregunta que varios países ya han usado para estimar la mortalidad materna, así como esperar las nuevas proyecciones generadas a partir del nuevo censo previsto para el 2025⁽¹¹⁾. En este último caso, los resultados estarían disponibles tres o cuatro años antes del fin del ciclo de los ODS en el 2030.

Según hemos reseñado, una fuente confiable a nivel nacional para hacer la estimación es el CDC del MINSA⁽¹²⁾. Lo que no excluye que también sería necesario evaluar su cobertura, el perfil de edades, la oportunidad y la calidad de su atribución de causas, así como de las limitaciones impuestas por el acceso geográfico a servicios de mayor capacidad resolutive. Para ello sería necesario facilitar un mayor acceso a las bases de datos de los registros de la vigilancia epidemiológica.

La disminución de la mortalidad materna en el país y en el mundo requiere superar muchos retos. No basta solo con prevenir el embarazo



no planificado o mejorar la capacidad resolutive. También debemos mirar los cambios de causalidad, mejorar nuestros indicadores y el monitoreo de la reducción de la MM, y finalmente estimar en forma confiable y sistemáticamente comparable la RMM a nivel nacional y subnacional, sus niveles, tendencias, perfiles (de causas y edades) y sus determinantes. El Perú tiene las capacidades técnicas para disminuir las MM y alcanzar la meta al 2030, únicamente haría falta darle mayor prioridad política.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Salaverry García O. Iatrogenia institucional y muerte materna. Semmelweis y la fiebre puerperal. *Rev peru med exp salud publica* [Internet]. 2013 Jul [citado 2024 Jul 02]; 30(3):512-7. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342013000300023&lng=es
2. Ministerio de Salud, Perú. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. Sala de Situación de la mortalidad materna (https://app7.dge.gob.pe/maps/muerte_materna/). Accessed 1 July 2024.
3. Boerma T, Campbell OMR, Amouzou A, Blumenberg C, Blencowe H, Moran A, Lawn JE, Ikilezi G. Maternal mortality, stillbirths, and neonatal mortality: a transition model based on analyses of 151 countries. *Lancet Glob Health*. 2023 Jul;11(7):e1024-e1031. doi: 10.1016/S2214-109X(23)00195-X
4. Ministerio de Salud, Perú. Plan estratégico nacional para la reducción de la mortalidad materna y perinatal 2009-2015. Lima, 2009. https://bvs.minsa.gob.pe/local/DGSP/481_DGSP240.pdf
5. Ministerio de Salud, Perú. La Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030 "Perú, País Saludable", Lima 2020. <https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/1127209-politica-nacional-multisectorial-de-salud-al-2030>
6. INEI. Condiciones de vida de la Población Venezolana que reside en el Perú. Resultados de la II ENPOVE 2022, Lima 2023. https://www.r4v.info/es/document/INEI_ENPOVE_2022
7. INEI. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2023, Nacional y Departamental. Lima 2024.
8. Ministerio de Salud, Perú. Certificado de Nacido Vivo, Consulta Dinámica. Accessed 2 July 2024. <https://webapp.minsa.gob.pe/dwcnv/dwteritorio.aspx>
9. INEI. Perú: Estimaciones y Proyecciones de la Población Total por departamento, 1995-2030, Boletín de Análisis Demográfico No. 39, Lima 2019. https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1702/libro.pdf
10. World Health Organization. WHO guidance for measuring maternal mortality from a census, Geneva, 2013. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/87982/1/9789241506113_eng.pdf
11. Presidencia del Consejo de Ministros del Perú. DS-063-2024-PCM. Declaran de interés y prioridad nacional la ejecución de los Censos Nacionales XIII de Población, VIII de Vivienda y IV de Comunidades Indígenas, a realizarse en el año 2025. Lima, 25 de junio 2024. <https://busquedas.elperuano.pe/dispositivo/NL/2300765-1>
12. Ministerio de Salud, Perú. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. Sala de Situación de la mortalidad materna. Accessed 2 July 2024. https://app7.dge.gob.pe/maps/muerte_materna/