



## Ginecología y Obstetricia

© Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología

**Ginecol. obstet.** 2004; 50 (2) : 111 - 122

### **CONTRIBUCIÓN DE LAS ADOLESCENTES A LA MUERTE MATERNA EN EL PERÚ**

[Luis Távara-Orozco<sup>1</sup>](#)

#### **INTRODUCCIÓN**

Quisiera empezar la redacción de este capítulo tomando las palabras que Alicia Yamín escribe en su reciente publicación: "La muerte materna representa una enorme discriminación de género en el Perú" -y en el mundo. "Hoy en día, la maternidad segura se debe enfocar como un problema de salud pública y de derechos humanos, aceptando que todas las mujeres son sujetos de derechos e individuos con dignidad".

Según D. Maine, la mortalidad materna es especial por su magnitud, su naturaleza epidemiológica y por la necesidad de requerimientos programáticos para poder enfrentarla convenientemente. En relación a la mortalidad materna, se ha realizado gran difusión y defensa, se ha preparado diferentes planes de acción, se ha realizado gran cantidad de reuniones nacionales e internacionales, se dispone de una gran cantidad de manuales y propuestas; pero hoy en día se necesita programas que lleguen a las mujeres, las que de otra forma sufrirán o morirán.

En esta monografía quisiera discutir la magnitud de la muerte materna en el Perú, revisar sus causas, sus condicionantes y la frecuencia de la muerte materna en adolescentes y discutir una propuesta para enfrentar esta tragedia, principalmente en el grupo de adolescentes.

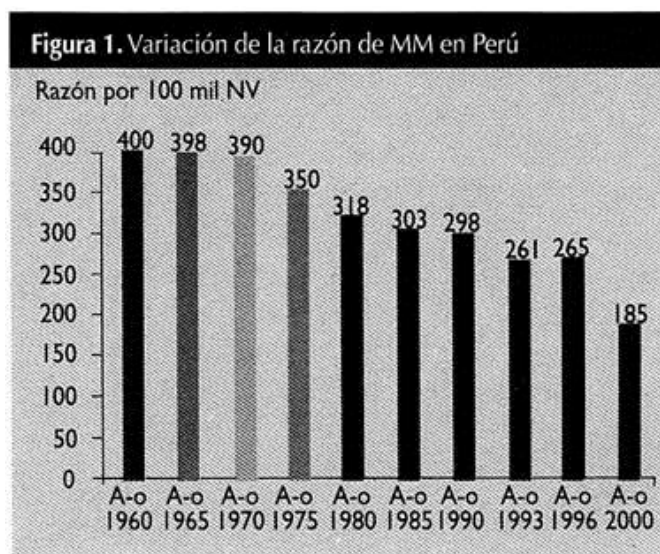
#### **MAGNITUD DE LA MUERTE MATERNA EN EL PERÚ**

Según J. Anderson, a pesar del significativo descenso ocurrido en la última década, la mortalidad materna se da aún con frecuencia inexplicable e injustificable, puesto que se conoce sus causas y se tiene la tecnología disponible para enfrentarla<sup>3</sup>.

En la Figura 1 se aprecia la tendencia ligeramente descendente de la razón de muerte materna (MM) ocurrida en el Perú hasta el año 2000, según las cifras oficiales disponibles. De otro lado, de los informes que proporcionan DISAS a nivel nacional se puede construir la Tabla 1, en la



que se verifica que a partir del año 2000 existiría un ligero descenso de la razón de muerte materna, pero estas son cifras que hay que tomarlas con mucha reserva, dado el gran margen de subregistro existente.



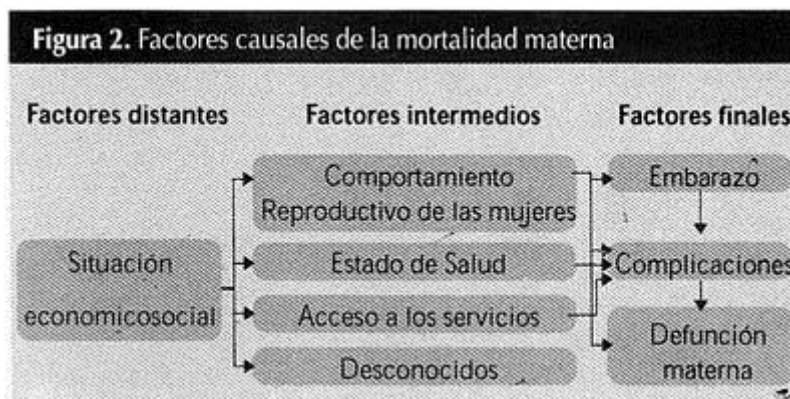
**Tabla 1. Razón de muerte materna según registro de las DISAS**

Indicador	Año			
	2000	2001	2002	2003*
• Muertes materna	655	666	557	288
• Recién nacidos vivos	276 367	289 534	325 243	¿
• Razón de muerte materna	237	230	171	¿

\* Solo el primer semestre

## CAUSAS DE LA MUERTE MATERNA

Los médicos estamos acostumbrados a asignar como causa de muerte materna a los acontecimientos finales que originan la tragedia. Las muertes han sido clasificadas como directas, indirectas y no relacionadas. Sin embargo, es necesario considerar que hay un sinnúmero de factores que predisponen u ocasionan la muerte (Figura 2)



Esta manera de ver la causalidad conduce a entender mejor el complejo problema de la muerte materna. Pero, si bien es cierto que los factores económico-sociales juegan papel importante y afectan además los factores intermedios y finales, para que haya una defunción será necesario que exista un embarazo y que sobre él se haya injertado algún tipo de complicación.

Según la Tabla 2, que informa sobre las causas de muerte materna identificadas en 31 hospitales del Perú, la hemorragia es el problema que con mayor frecuencia se encuentra y, dentro de ella, es la hemorragia posparto la más importante. La proporción para las diferentes causas varía según los establecimientos, siendo así que en los hospitales universitarios y de mayor nivel la preeclampsia-eclampsia se constituye en la primera causa.

**Tabla 2. Causas de muerte materna en 31 hospitales**

Causas	Número	%
Directas	294	84,49
• Hemorragia	91	26,19
• Hipertensión inducida Por el embarazo	78	22,56
• Infección puerperal	68	19,45
• Aborto	57	16,29
Indirectas	55	15,51
• Tuberculosis	6	1,58
• Otras causas	49	13,93
Total	349	100,00

Cuando estas cifras se las compara con lo que ocurre en el mundo desarrollado, tropezamos con que el aborto ya no es causa de muerte en esos países, debido a las condiciones de seguridad que se da a las interrupciones del embarazo y que las causas indirectas de defunción materna tienen una presencia mínima debido al manejo adecuado que se hace de las interurrencias del embarazo.



## PERFIL DE LOS ADOLESCENTES A NIVEL MUNDIAL

Resumimos algunos datos importantes que tienen que ver con los/as adolescentes a nivel mundial cada año:

- Hay más de mil millones de adolescentes, 85% en los países en desarrollo.
- Más de la mitad ha tenido relaciones sexuales antes de los 16 años.
- Existen 111 millones de casos nuevos de infecciones de transmisión sexual (ITS) curables en menores de 25 años.
- Más de la mitad de casos nuevos de infección por virus de inmunodeficiencia humana (VIH) -más de 7 000 por día- ocurre en jóvenes.
- La violación e incesto ocurre en 7 a 34% de las niñas y en 3 a 29 de los niños.
- El 10% de los partos acontece en adolescentes.
- La MM es de 2 a 5 veces más alta en las mujeres menores de 18 años que en las de 20 a 29 años.
- Hay 4,4 millones de abortos inducidos, la mayoría en condiciones de riesgo.
- Un tercio de las hospitalizaciones son por complicaciones de aborto.
- Cada 5 minutos se produce un suicidio por problemas inherentes a su salud sexual y reproductiva.

## CONDICIONANTES DE LA MORIBIMORTALIDAD MATERNA EN LAS ADOLESCENTES DEL PERÚ

### Consideraciones demográficas

Perú es un extenso país que cuenta con 27 148 101 habitantes, de los cuales 13 653 636 son varones y 13 494 465 mujeres. En las áreas urbanas viven 19 638 160 personas y en las áreas rurales 7 509 941.

En el país viven actualmente 7 068 567 mujeres en edad fértil (de 15 a 49 años), que representa el 26% del total de la población; pero si consideramos las niñas de 10 a 14 años (1450 292) que también pueden embarazarse, suman un total de 8 518 859.

De otro lado, el número de mujeres adolescentes de 10 a 19 años (2 801 993) representa el 10,32% del total de la población, que si le sumamos la proporción de varones adolescentes (2 884 176), obtendremos que 21% del total de la población peruana está constituida por este grupo etario. Los adolescentes y las adolescentes peruanos suman cerca de 6 millones, de los cuales 10,4% vive en condiciones de pobreza extrema<sup>8</sup> y son parte de los 103 millones que viven en América Latina.

## SEXUALIDAD EN ADOLESCENTES

En una sociedad con patrones culturales tradicionales, como la peruana, ni la familia, ni la escuela, ni en general la sociedad acepta fácilmente la idea de la sexualidad en la adolescencia. Por esa razón no se educa a los adolescentes sobre la vida familiar o sexual o solamente se les da una educación insuficiente y sin relación con sus necesidades reales. Asimismo, las adolescentes raramente acceden a los servicios de salud reproductiva y anticoncepción.



La sexualidad de las adolescentes se caracteriza por la dificultad de acordar un modelo de comportamiento con sus parejas, así como por relaciones inestables, conflictos emocionales, secretos, actitudes rebeldes y, con frecuencia, relaciones sexuales no protegidas, especialmente en los primeros momentos de su actividad sexual. Asimismo, las adolescentes se ven expuestas con frecuencia a la VBG y especialmente a la violencia sexual. Consecuencia de estas condiciones, muchos embarazos no deseados se producen en el curso de la adolescencia, cuando las muchachas y sus parejas inician su actividad sexual, sin tener en cuenta la necesidad del empleo de la anticoncepción o sin haber tenido acceso a servicios apropiados.

De acuerdo a la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2000 (ENDES 2000), la edad mediana a la primera relación sexual de las mujeres de 20 a 49 años es a los 19 años. Debe considerarse de esta misma fuente que en las mujeres sin educación o con instrucción primaria, este indicador ocurre a los 17 años. De otro lado existen estudios que señalan que el inicio de la vida sexual es a los 13 a 14 años en varones y a los 15 años en mujeres.

Mientras que 10,3% de las adolescentes está unido o casado, el 11,5% es sexualmente activo, esto quiere decir que han tenido relaciones sexuales en las últimas 4 semanas<sup>10</sup>.

Las mujeres adolescentes, particularmente las más pobres, son víctimas frecuentes de violencia de género y de abuso sexual. Se sabe que de cada 100 casos de violación sexual, 88% se produce en niñas y adolescentes y 51%, en las edades entre 13 y 17 años.

### **FECUNDIDAD Y ANTICONCEPCIÓN EN LAS ADOLESCENTES**

El 91 % de todas las adolescentes en el Perú no usa métodos anticonceptivos, a pesar que 98% de ellas los conoce. En el caso de las adolescentes unidas, el 51,6% usa algún método (40,1 % usa métodos modernos) y entre las no unidas -pero sexualmente activas- 71,6% los usan, aunque tan sólo 26,6% usan métodos modernos. Es preocupante que más de 40% de las que usan el método del ritmo no conocen adecuadamente el período fértil y que entre las adolescentes unidas, el 31 % no desea tener hijos.

De las adolescentes unidas, 22,9% nunca discutió sobre planificación familiar con su pareja, 59,3% la discutió sólo una o dos veces, y tan sólo el 16,7% lo hizo con mayor frecuencia.

La mediana del intervalo entre nacimientos en las adolescentes es 24,7 meses, mientras que en las mujeres de 20 a 29 años es 31 meses, y en las de 30 a 39 años 41,4.

Las tasas de fecundidad de las adolescentes ha disminuido en la mayoría de países en vías de desarrollo durante los últimos 20 años. A diferencia que la fecundidad en las adultas disminuye por el uso de métodos anticonceptivos, en las adolescentes lo hace principalmente por la postergación de la primera unión.

Las adolescentes peruanas exhiben aún una alta tasa de fecundidad, que es mayor en las jóvenes de los estratos sociales más desprotegidos de las áreas rurales y urbanomarginales. Si tomamos como referencia la Encuesta Demográfica y Salud Familiar 1996 (ENDES 96), encontraremos que la tasa específica de fecundidad entre las adolescentes de 15 a 19 años del Perú es 75 por mil y que si se desagrega resulta siendo más del doble para las áreas rurales,



cuando se compara con las áreas urbanas. En ENDES 2000, encontramos que la tasa específica de fecundidad en el grupo de adolescentes es 66 por mil, la que nuevamente arroja una fuerte desproporción entre las poblaciones rurales respecto a las urbanas. Es importante destacar que entre 1986 y el año 2000, la tasa de fecundidad general (TFG) ha disminuido en el Perú en 33%, mientras que para las adolescentes bajó tan solo 16%.

## **EL EMBARAZO EN ADOLESCENTES**

Si la propia adolescente y su entorno inmediato, siguiendo sus patrones culturales, aceptan el embarazo como algo normal, e incluso deseable, no habría por qué considerarlo un problema. Puede argumentarse que desde el punto de vista cualitativo, un embarazo no deseado en una adolescente representa algo distinto y más grave que en una mujer de edad adulta.

De lo que hemos revisado, podemos decir que en el Perú existe una proporción importante de jóvenes que inician precozmente su vida sexual en condiciones no planeadas y no adecuadas, lo que resulta en una alta proporción de embarazos no deseados, así como en un mayor riesgo de contraer ITS/VIH/sida.

El Programa Maternoperinatal del Ministerio de Salud informó que, en 1999, del total de gestantes, 23% corresponde a adolescentes entre 15 y 19 años. En tanto, ENDES 2000 encontró que 13% de las adolescentes peruanas entre 15 y 19 años ya es madre (11 %) o está gestando por primera vez (2 %).

Singh S comunica que, en el Perú, 57% de mujeres casadas y solteras de 15 a 19 años tiene embarazos no planeados o no deseados.

En 1993, UNICEF informó que 60% de los embarazos en niñas de 12 a 14 años tiene su origen en el incesto o en la violación, constituyéndose en una manifestación extrema del abuso sexual. De otro lado, Pathfinder señala que en un focus group, en 1998, 90% de los embarazos en niñas de 12 a 16 años atendidas en la Maternidad de Lima fueron consecuencia de violación, la mayor parte en el ambiente intrafamiliar.

Se debe tener en cuenta que los embarazos no planeados en la adolescencia ocurren por:

- Falta de información sobre métodos anticonceptivos.
- Relaciones sexuales sin protección.
- Falla anticonceptiva.
- Uso incorrecto de métodos anticonceptivos, a veces debido a intoxicación por alcohol o drogas.
- Violación.

No tenemos información exacta de cómo ha evolucionado la frecuencia de embarazos en adolescentes a nivel nacional; sin embargo, estamos informados de las cifras de la DISA Piura, en donde los registros de embarazadas de 15 a 19 años ha crecido en 20 a 22% entre los años 2001 y 2002; en tanto que, en ese mismo período, el registro de embarazadas de 10 a 14 años creció en un 60,2%, cifra realmente alarmante.



## **EI ABORTO EN ADOLESCENTES**

Este tema es muy especial, al considerar que, en el Perú, gran parte de los embarazos no deseados terminan como abortos inducidos.

Se ha encontrado que, de las mujeres hospitalizadas por aborto en el Perú, 10,4% tiene de 15 a 19 años; en tanto, Ferrando afirma que de las mujeres que abortan en el Perú, 14% tiene menos de 20 años. Una investigación nuestra publicada hace varios años nos mostró que el aborto séptico, que es una forma indirecta de medir los abortos inducidos, tenía una tendencia a aumentar en las adolescentes a partir de 1990 en adelante.

El aborto inducido es una respuesta a un embarazo no deseado. Los riesgos que representa para las adolescentes son considerables, por que ocurre clandestinamente y en condiciones insatisfactorias. Consecuencia de estos hechos son las complicaciones, como hemorragia, anemia, septicemia, desgarros vaginales, abscesos pélvicos, perforación uterina, lesiones de vísceras huecas, esterilidad secundaria y muerte. Según esto último, Cervantes encontró que 11 % de las muertes maternas ocurrió en mujeres de 10 a 19 años y que el aborto fue causa de más de 50% de esas muertes.

A pesar de no contar con cifras oficiales, observando la tendencia en la frecuencia del aborto en el Perú planteamos la hipótesis que este hecho está aumentando en el grupo de adolescentes. La estadística de la DISA Piura revela que entre 2001 y 2002 la atención del aborto se ha incrementado en 28,6% y la DISA Sullana registra que, entre el año 2001 y junio de 2003, la atención del aborto en adolescentes ha crecido en 182,4%. Hace falta la actualización de estas cifras a nivel nacional.

## **CUIDADO DEL EMBARAZO Y DEL PARTO EN ADOLESCENTES**

De acuerdo a ENDES 2000, la atención prenatal de los embarazos en adolescentes ocurre en un 81,9%, mientras que la atención del parto institucional, en 55,6% y la tasa de cesáreas, 8,5%. Estas cifras son muy parecidas a las que se encuentra en el total de mujeres en edad fértil. Sin embargo, no deja de preocupar la brecha que se mantiene entre el prenatal y el parto.

## **COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS EN ADOLESCENTES**

Siempre se ha afirmado que el embarazo en adolescentes es de "alto riesgo". Kurz sostiene que las complicaciones del embarazo y del parto son más frecuentes en ellas. En una publicación nuestra, decíamos que, desafortunadamente, las mujeres son fértiles varios años antes de la edad considerada como la más apropiada para el embarazo y el parto. En esa publicación encontramos las siguientes patologías en las adolescentes que dieron a luz en el Hospital María Auxiliadora: anemia, 30%; preeclampsia, 7,5%; eclampsia, 1,33%; desproporción cefalopélvica, 3,67%; patología neonatal, 25,44%; y mortalidad perinatal, 31,7%, frecuencias que fueron más altas en las adolescentes menores de 15 años. Los riesgos relativos respecto a las parturientas entre 20 y 34 años son mostrados en la Tabla 3.



**Tabla 3. Riesgos relativos comparando las adolescentes con las parturientas entre 20 y 34 años.**

Variables de resultado	Riesgo relativo (IC 95%) Adolescentes	
	10-14 años	10-19 años
• Cesárea	1,17 (0,44-3,38)	0,88 (0,70-0,97)
• Muerte fetal	1,58 (0,25-12,1)	0,97 (0,67-1,42)
• Muerte neonatal	1,95 (0,27-15,1)	0,79 (0,50-1,24)
• Peso bajo al nacer	2,30 (0,99-7,44)	1,03 (0,84-1,28)
• Preeclampsia	2,45 (0,79-8,20)	1,25 (0,98-1,93)
• Eclampsia	7,98 (1,08-64,4)	2,10 (1,12-3,99)

Como vemos en la Tabla, la única variable que tiene un riesgo significativamente mayor en las adolescentes es la eclampsia. Sin embargo, es necesario considerar que el embarazo en adolescentes no sólo va acompañado de complicaciones, sino que cuando empieza a muy temprana edad, convierte a las jóvenes rápidamente en multíparas, con los consiguientes riesgos que esto conlleva; y, de otro lado, representa un serio problema social.

#### **MUERTE MATERNA EN LAS ADOLESCENTES**

En los Estados Unidos de América, la razón de muerte materna es igual o un poco menos en las mujeres menores de 20 años, cuando se compara este indicador con las mujeres de 20 a 24 años. Sin embargo, en las mujeres muy jóvenes, parece ser mayor.

Cervantes y col., en 1988, comunicaron que 11 % del total de muertes maternas ocurrió en las adolescentes, mientras que ENDES 200010 encontró que la razón de muerte materna (RMM) en las adolescentes de 15 a 19 años era 222, la que ha disminuido mucho menos que la RMM en todas las mujeres en edad reproductiva, cuando se compara estos hallazgos con los de ENDES 1996.

Las cifras del Programa Maternoperinatal del Ministerio de Salud, citadas por Calle21, revelan que la proporción de muertes maternas en las adolescentes respecto del total de mujeres que dieron a luz entre 1997 y 2001, tiene una tendencia peligrosa a elevarse, lo cual representa un resultado muy preocupante (Tabla 4).

**Tabla 4. Proporción de muertes maternas en adolescentes según el Programa Maternoperinatal del Minsa**

Año	Total de MM	MM en adolescentes	
		Número	% del total de MM
• 1997	769	99	12,8
• 1998	739	109	14,7
• 1999	691	92	13,3
• 2000	681	76	11,1
• 2001	530	80	15,1





No conocemos exactamente cual es la proporción actual de muertes maternas en adolescentes, pero al igual de lo ocurrido con el aborto, planteamos la hipótesis que van en aumento. Hacemos este planteamiento por cuanto las estadísticas de la DISA Piura<sup>18</sup> revelan que la RMM en adolescentes para el año 2000 fue 158,9; para el año 2001, 200.2; y para el año 2002 se elevó a 251,3. Si esta tendencia se mantiene para todo el país, estamos viviendo una verdadera catástrofe en cuanto a resultados de la atención materna, lo cual evidencia el fracaso de la atención de la salud reproductiva en las adolescentes.

### ESTRATEGIAS PARA REDUCIR LA MUERTE MATERNA EN GENERAL

J. Shiffman<sup>25</sup>, en relación a la causalidad, se pregunta si en los países en vías de desarrollo la pobreza tiene relación con las altas tasas de mortalidad materna. De acuerdo a esta pregunta, el mencionado investigador asume tres hipótesis que se pueden dar en la perspectiva de reducir la muerte materna:

- La mejor disponibilidad y uso de los servicios para el cuidado materno puede reducir la MM.
- El desarrollo económico y el cúmulo de recursos materiales puede reducir la MM.
- El empoderamiento (estudiado a través del nivel educativo), que enfatiza la posición de las mujeres dentro de la sociedad, puede bajar las cifras de MM.

Tomando en consideración estas hipótesis, procesó las cifras de MM en países en vías de desarrollo y estudió las variables de salud, riqueza y empoderamiento, con cuyos resultados construyó líneas de regresión. Pudo observar que la atención calificada del parto ofrece la mejor perspectiva para reducir la MM, seguida del empoderamiento de las mujeres; y que, la riqueza de las personas, así como la atención prenatal son importantes, pero no tanto como las dos previas (Tabla 5).

**Tabla 5.** Características de 11 países de bajos ingresos seleccionados según TMM

País	TMM	Ingreso Per Capita (US\$)	% de atención calificada parto	% mujeres con secundaria
• Azerbaijón	22	1490	95	80
• China	95	3330	94	62
• Jamaica	120	3450	90	70
• Tajikistán	130	900	92	77
• Perú	185	2364	58	66
• Marruecos	380	3320	32	33
• Bolivia	396	2860	47	34
• Indonesia	454	3310	42	44
• Costa de Marfil <sup>597</sup>	1580	1580	45	44
• Laos	650	1250	20	19
• Guinea	666	1720	25	6

La anterior relación la podemos estudiar también con el autor consultado, al revisar en la Tabla 6 la relación inversa que existe entre las tasas de MM y la proporción de atención calificada del



parto, así como la proporción de mujeres con estudios secundarios, más no así con el ingreso per cápita en los países.

**Tabla 6. Correlación entre las determinantes potenciales de MM y las Tasas de MM**

Determinante determinante	Tipo de con TMM	Correlación
• Logaritmo del % de mujeres que tienen secundaria	Empoderamiento	-0,897
• % de atención calidad del parto	Salud	-0,895
• % de mujeres con secundaria	Empoderamiento	-0,851
• Logaritmo Ingreso per capita	Riqueza	0,770
• Ingreso per capita	Riqueza	0,640
• % mujeres que reciben CPN	Salud	-0,628

De acuerdo a lo observado en las dos tablas anteriores, se puede afirmar con Shiffman que las condiciones económicas de un país son importantes para alcanzar mejores niveles de salud, pero de ningún modo representan la medida más importante para enfrentar la mortalidad materna. Debemos decir entonces que la muerte materna resulta básicamente de la interrelación de varios factores, como la baja condición social de las mujeres, la alta fertilidad y los servicios de salud inaccesibles o mal equipados, particularmente aquellos que deben proporcionar los cuidados obstétricos de emergencia.

### ACCIONES NECESARIAS

Para enfrentar el gravísimo problema de la MM, en primer lugar se requiere de un compromiso político y colectivo del país. Dentro de ese marco se debe reconocer la maternidad segura como un derecho humano de todas las mujeres, que es necesaria la inversión en atención materna, facilitar el acceso a los servicios de cuidados obstétricos esenciales, informar y capacitar permanentemente a la mujer y su pareja y reducir las desigualdades para facilitar el empoderamiento de las mujeres.

El planteamiento de la Organización Mundial de Salud (OMS) para obtener una maternidad segura parte de la necesidad de conseguir equidad para la mujer, a quien se le debe ofrecer servicios básicos de salud, los mismos que son definidos como planificación familiar, atención postaborto, atención prenatal, parto limpio y seguro y atención obstétrica esencial.

La atención obstétrica esencial es para proporcionar los cuidados obstétricos de emergencia (COEm), definidos por las Naciones Unidas en 1997. Los cuidados obstétricos de emergencia básicos que se debe ofrecer en los Centros de Salud comprenden la provisión de antibióticos inyectables, oxitócicos inyectables, anticonvulsivantes inyectables, remoción manual de la placenta, remoción de restos intrauterinos y parto vaginal asistido (instrumentado). Los cuidados obstétricos de emergencia complejos deben ser proporcionados por los hospitales y comprenden lo anterior más la operación cesárea y la transfusión de sangre.



## INTERVENCIONES PARA REDUCIR LA MORTALIDAD MATERNA

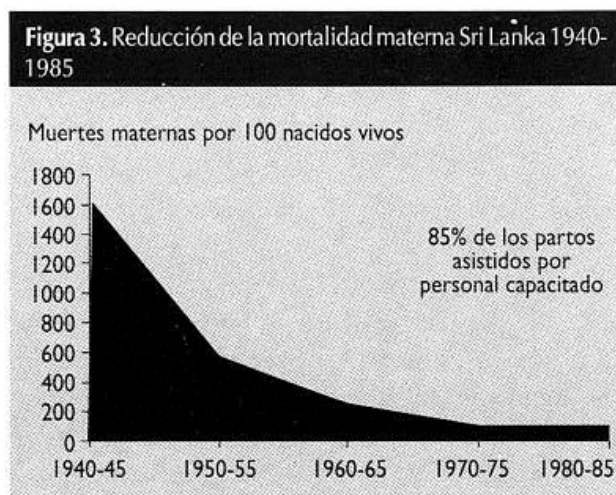
Dentro de las múltiples intervenciones llevadas a cabo, examinaremos cinco de ellas para apreciar sus resultados:

- Atención por parteras tradicionales
- Cuidado prenatal
- Identificación del riesgo obstétrico
- Atención calificada del parto (prestación de los COEm)
- Iniciativa de FIGO, Salvemos a la Madres.

### Atención por parteras tradicionales

Ésta es una intervención que ha tenido lugar en todo el mundo en vías de desarrollo. En el Perú, UNICEF le puso gran atención y patrocinó su desarrollo. La atención por parteras tradicionales tiene la ventaja de estar basada en la comunidad, es aceptada por las mujeres, aplica muy poca tecnología y a las parteras se les puede enseñar la técnica del parto limpio. Sin embargo, tiene las desventajas de contar con limitadas destrezas de parte de las parteras y, lo más preocupante, es el hecho de que pueden mantener a las parturientas fuera de las intervenciones que salvan la vida, debido a su falso sentido de seguridad.

En la experiencia de Sri Lanka, se redujo el parto domiciliario y la atención por parteras, se introdujo una red de establecimientos de salud a nivel nacional y se expandió las destrezas en la atención del parto. Como consecuencia, se obtuvo una notable reducción de la mortalidad materna (Figura 3).



Queda claro que la mortalidad materna en ese país bajó desde una tasa de 1600 por cien mil nacidos vivos en el año 1940 a una tasa de 40 en el año 1985.

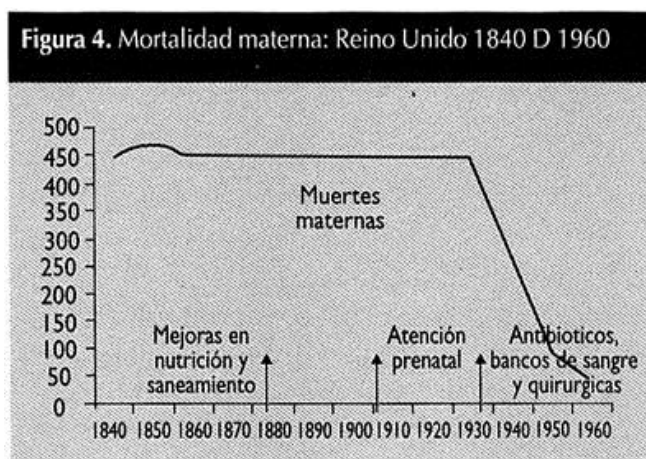
En conclusión, podemos afirmar que las parteras tradicionales son útiles dentro de la red de atención de la salud materna, pero no son importantes en términos de reducción de las tasas de mortalidad.



## La atención prenatal

El mal llamado control prenatal comenzó en los Estados Unidos, Australia y Escocia entre los años de 1910 y 1915. Se inició con un concepto lógico que era atender a mujeres saludables para detectar en ellas problemas de morbilidad. En la década de los años 30 se abrió 1200 centros de atención prenatal en el Reino Unido, pero en estos mismos años Norman Miller advertía que el cuidado prenatal no es importante si no se le asegura a la mujer la atención calificada del parto. Sin embargo, se le continuó usando ampliamente como estrategia para reducir la mortalidad materna en la década de los 80 y principios de los 90, hasta que fue reevaluado.

Si se revisa las estadísticas de MM en el Reino Unido, podrá comprobarse que a lo largo del tiempo se ha realizado muchas intervenciones en las gestantes, como mejorar su nutrición y educación, ampliar la atención prenatal, sin que esto logre bajar significativamente la MM. Recién en la Segunda Guerra Mundial se introduce ampliamente el uso de antibióticos, se mejora las técnicas quirúrgicas y aparecen los bancos de sangre (leáse COEm), lo que consigue una reducción drástica de la tasa de mortalidad (Figura 4).



Entonces, si preguntamos ahora ¿Es importante el cuidado prenatal-... La respuesta inmediata es por supuesto que sí, sobre la base que la atención prenatal sea utilizada para detección temprana de complicaciones y para planear el parto institucional.

### Atención con enfoque de riesgo

De esta intervención hemos sido arduos defensores; pero a la fecha debemos decir que la detección de mujeres en riesgo tiene la desventaja de ser muy deficiente como instrumento de pronóstico, porque la mayoría de complicaciones obstétricas no pueden ser pronosticadas ni previstas, además de constituir un procedimiento costoso y que, si es negativo para el riesgo, da un falso sentido de seguridad.

No todas las gestantes calificadas de alto riesgo tienen complicaciones al momento del parto. Por el contrario, la mayoría tiene un parto normal; y de otro lado muchas de las mujeres embarazadas calificadas de bajo riesgo presentan sin embargo complicaciones al momento del

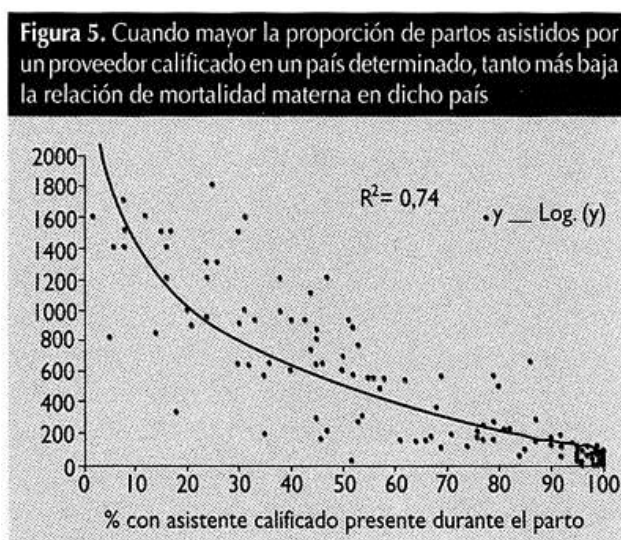


parto. Ha podido observarse que el mayor número absoluto de muertes maternas ocurre entre aquellas mujeres que han sido calificadas de bajo riesgo.

De acuerdo a estudios más recientes podemos decir, en conclusión, que la atención con enfoque de riesgo es incapaz de identificar a aquellas gestantes en posibilidad de muerte materna. Por eso insistimos que todos los embarazos son de riesgo.

### Atención calificada del parto

La atención calificada del parto ha sido demostrada como exitosa en Malasia, Cuba, China y otros países, en los que se ha conseguido reducir apreciablemente las tasas de muerte materna. La Figura 5 evidencia una correlación matemáticamente significativa entre la reducción de la muerte materna y la mayor proporción de atención calificada del parto, que significa la prestación oportuna de COEm. Esta curva ha sido posible construirla, estudiando la realidad de muchos países.



De lo dicho hasta ahora, no queda duda que la intervención más eficaz para reducir las muertes maternas es la atención calificada del parto, que en buena cuenta significa la seguridad de prestar cuidados obstétricos de emergencia.

### Iniciativa de FIGO "Salvemos a las madres"

En 1997, la FIGO (Federación Internacional de Ginecología Obstetricia) convocó la iniciativa "Salvemos a las madres" con la participación de muchas instituciones internacionales. Se seleccionó 5 zonas con alta mortalidad: América Central, Etiopía, Mozambique, Uganda y Pakistán. Del mismo modo, comprometió a las Sociedades o Colegios de Obstetricia y Ginecología de cinco países desarrollados (Canadá, Estados Unidos, Italia, Reino Unido y Suecia) para que trabajaran localmente con las Sociedades correspondientes en los países intervenidos.

Después de 5 años de trabajo intenso, en donde se promovió la asistencia calificada de todos los embarazos y partos, los cuidados obstétricos de emergencia básicos en las unidades periféricas, los cuidados obstétricos de emergencia complejos en hospitales de referencia y el



transporte rápido de mujeres que requieren cuidados especiales, ahora la FIGO puede exhibir los siguientes avances importantes:

- El proceso ha sido posible usando recursos modestos.
- El mejoramiento de los COEm ha sido una intervención efectiva costo-beneficio para reducir la mortalidad materna.
- Se ha fortalecido los programas de salud reproductiva actualmente en marcha y se ha mejorado de este modo la disponibilidad de los COEm.
- Se han modificado las rutinas.
- Se ha mejorado la existencia de recursos humanos entrenados y los suministros para los COEm.
- Además de la capacitación del personal, se ha mejorado la supervisión y el monitoreo.
- Ha sido importante la participación de la comunidad en el diseño, implementación, control y monitoreo de los programas.

### **PROPUESTA PARA PREVENIR LAS MUERTES MATERNAS EN ADOLESCENTES**

En la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD), la comunidad internacional reconoció oficialmente por primera vez que la salud sexual y reproductiva en la adolescencia abarca un conjunto concreto de necesidades, distintas de las necesidades de los adultos. Se destacó la necesidad que las jóvenes se protejan contra los embarazos no deseados y las ITS/sida; por lo cual los/as jóvenes necesitan información integral y acceso a los servicios, y tienen derecho al carácter privado y confidencial de éstos, a que se les respete su consentimiento con conocimiento de causa. La CIPD de El Cairo estableció también que las altas tasas de embarazo, procreación y aborto en malas condiciones en la adolescencia reflejan la falta de oportunidades educacionales y económicas. Las muchachas y las niñas, en particular cuando son pobres, enfrentan considerables presiones para participar en actividades sexuales y son especialmente vulnerables a los malos tratos sexuales, la violencia y la prostitución.

En líneas generales, uno de los indicadores de la salud de un país más difícil de reducir es el tema de la muerte materna. En el caso de la mortalidad materna en las adolescentes, el reto es más difícil. Ya se ha visto, cuando se examinó la causalidad de las muertes, que si bien son importantes los factores distantes e intermedios, las mujeres finalmente se mueren porque tienen una complicación del embarazo, del parto o del puerperio. Significa entonces que, para que ocurra la muerte materna, es necesario que exista primero el embarazo.

Teniendo en cuenta esta primera consideración, la prevención de las muertes maternas en adolescentes es primaria y secundaria.

### **PREVENCIÓN PRIMARIA**

Resulta lógico que si no queremos muertes maternas en adolescentes, antes no debiera haber embarazos. En tal sentido debe retrasarse la iniciación sexual, retrasar el matrimonio y retrasar el embarazo, y para ello será necesario:



## **Información, educación, comunicación**

La Directora General de OMS dice: "los jóvenes necesitan la ayuda de los adultos para lidiar con los pensamientos, sentimientos y experiencias que acompañan a la madurez física. Al brindar esta ayuda, no fomentamos estilos de vida irresponsables. La evidencia en el mundo entero, claramente ha demostrado que proporcionar información y desarrollar habilidades relacionadas con la sexualidad humana y las relaciones humanas ayudan a evitar los problemas de salud y crea actitudes más adecuadas y responsables".

La utilización de los medios de comunicación es una fuerza poderosa para formular un marco conceptual y defender políticas, así como tomar decisiones a nivel individual, comunitario y estatal. Se ha comprobado que los medios ejercen una importante influencia, para bien o para mal, en las actitudes y comportamientos sexuales y reproductivos.

Los medios de comunicación ejercen una importante influencia, porque eliminan los tabúes, promueven el uso de los servicios y los mensajes a través de personajes en programas masivos, como las telenovelas. Al aprovechar los medios, se puede mejorar estereotipos para reducir embarazos, abortos e ITS.

La educación sexual impartida por adultos, contra lo que se pretende afirmar, no fomenta la promiscuidad entre los/las adolescentes. En un análisis realizado en 1997 sobre 53 estudios efectuados en el mundo entero acerca de la educación sexual dada a los adolescentes, se encontró lo siguiente: sólo en 3 estudios hubo aumento de la actividad sexual después de la intervención, 22 indicaron que las intervenciones educativas (cursos) ayudaron a retrasar el inicio de la actividad sexual, disminuyeron las tasas de embarazo y de ITS, en tanto que, 27 informaron que no hubo cambios ni en la actividad sexual ni en las tasas de embarazo y e ITS. La educación puede ser impartida por padres, guardianes y maestros.

La educación impartida por otros adolescentes suele llegar con más facilidad a jóvenes de la misma edad. Existen experiencias que de esta forma se ha contribuido a reducir el número de embarazos en adolescentes.

## **Servicios**

No sería de mucho provecho brindar información y educación si ello no va acompañado de la existencia de servicios. Se debe reconocer que los/as adolescentes tienen obstáculos para asistir a los servicios por lo siguiente:

- Los servicios no existen.
- Actitudes de los profesionales de salud que los rechazan.
- Los horarios no les permiten adaptarse a sus estudios y trabajos.
- Falta de dinero para pagar los servicios.
- Renuencia de los/as adolescentes a usar los servicios porque no quieren llamar la atención.
- Falta de capacitación del personal.



Para que los servicios sean acogedores para los/as adolescentes deben contar con lugares y horarios convenientes.

- Tener esperas cortas
- Tener privacidad.
- Asegurar confidencialidad.
- Atender sin requisitos de consentimiento de los padres.
- Contar con estabilidad del personal que atiende.
- Contar con apoyo de la comunidad.

Una vez que los servicios han sido establecidos, deben ofertar:

- Orientación y consejería.
- Acceso al condón y otros métodos anticonceptivos, inclusive anticoncepción oral de emergencia.
- Consejería sobre maternidad sin riesgos a las adolescentes embarazadas.
- Atención a las necesidades de aquellos/as que pueden estar infectados por el VIH.
- Atención de casos de VBG y abuso sexual
- Tratamiento ambulatorio del aborto incompleto.
- Tratamiento de las complicaciones del aborto.

No existen pruebas de que los servicios apropiadamente orientados hacia los jóvenes aumenten la actividad sexual entre los/as adolescentes. Por el contrario, hay pruebas de que las prestaciones de servicios protegen la salud y salvan vidas. Los países nórdicos promueven la educación sexual, servicios confidenciales y anticonceptivos y ello ha conducido a:

- Ningún cambio significativo en la edad al primer coito.
- Una de las tasas más bajas del mundo de embarazo en adolescentes.
- Marcada reducción en las tasas de abortos entre las adolescentes Bajas tasas de VIH/ITS.

## **PREVENCIÓN SECUNDARIA**

Se refiere a cuando la adolescente ya se embarazó. En este caso, proponemos las intervenciones para reducir la muerte materna y lograr una maternidad segura. Para ello proponemos:

- Mejorar en las mujeres adolescentes su capacidad de decidir. Es necesario empoderarlas en el sentido de que decidan con autonomía sobre su vida reproductiva; cuándo y con quien iniciar su vida sexual, cuándo embarazarse, con qué frecuencia y hasta qué momento. Esta propuesta tiene que ver con la prevención primaria.
- Elevar las coberturas y la calidad de la atención prenatal, atención calificada del parto y del puerperio. Insistir en esta última etapa porque las muertes maternas ocurren con mayor frecuencia en el posparto. Aquí tiene lugar la aseveración de que el puerperio hay que cuidarlo las 6 primeras horas, los 6 primeros días y las 6 primeras semanas.
- Reducirla frecuencia de patología crónica en las mujeres, como la tuberculosis.





- Aumentar la disponibilidad y uso de los COEm de acuerdo las recomendaciones de los organismos de Naciones Unidas.
- Potenciar la referencia, con la participación de la familia y la propia comunidad para acercar a las mujeres los COEm.
- Atender la demanda no satisfecha de planificación familiar, puesto que esta actividad contribuye a mejorar la salud reproductiva, reducir la tasa de embarazos no deseados y el aborto inducido.
- Manejo humanizado del aborto, que aún ocupa en nuestro medio un lugar importante como causa de muerte materna.
- Control social de los programas de atención a la salud reproductiva, con el propósito de que las intervenciones sean duraderas y la sociedad se apropie de ellas. La FIGO nos ha mostrado una experiencia aleccionadora.

Si las intervenciones del Minsa sobre la salud de este grupo humano no se logran concretar en su nuevo plan de atención integral según ciclos de vida, nos seguiremos lamentando dentro de algún tiempo.

### **COMENTARIO FINAL**

De lo expuesto a lo largo de este texto podemos afirmar que la muerte materna, en especial en adolescentes, es una tragedia social que aún no encuentra una solución, definitiva. Son muchas las intervenciones practicadas; pero, hoy estamos en condiciones de decir que es el único problema de salud pública y de derechos humanos cuya solución está relacionada con la prestación directa de servicios.

La adolescencia y juventud constituyen un potencial muy grande que debería ser canalizado y fortalecido por el Estado y la sociedad, porque en ellas está el éxito o el fracaso del mundo.

Los/as adolescentes, en especial las/os más pobres y excluidos/as requieren políticas de salud y desarrollo que atiendan sus necesidades, recojan sus capacidades y fortalezcan sus potencialidades a fin de generar un proceso de integración social a la ciudadanía plena. Superemos el desastre al que asistimos en los años recientes sobre la atención de la salud reproductiva de las/os adolescentes, cuidemos lo invertido en su infancia y preparémonos con ellos/as para un mejor desarrollo social.

---

1 Presidente de Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos  
Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología

### **BIBLIOGRAFÍA**

1. YaminAE, Castillos de arena en el camino hacia la modernidad. Lima:Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán 2003, pp 338.
2. Maine D, What's so special about maternal mortality. En: Berer M Safe motherhood initiatives: critical issues. London: Blackweel Pub, 1999-



3. Anderson J y col. La muerte materna en zonas rurales del Perú. Lima: Ministerio de Salud, Programa de Salud MaternoPeri natal /Proyecto 2000, USAID 1999, pp 202,
4. Maine DP. Programas de reducción de la mortalidad materna. Opciones y planteamientos. NewYork: Center for Population and Family Health, School of Public Health, Faculty Of Medicine Columbia University, 1992, pp 61,
5. Távara L, Sacsá D, Frisancho O, Urquiza R, Carrasco N, Tavera M. Estado actual de la mortalidad materna en los hospitales del Perú. Ginecol Obstet (Perú) 1999; 45(1): 38-42.
6. IPAS. Notas Informativas. Chapel Hill: IPAS, 2001: 3.
7. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú, compendio estadístico 2003. Lima: INEI, 2003, pp 237.
8. Pereyra H. Promoción de la salud en el Ministerio de Salud. En: Carrasco M, ed, Salud de las adolescentes, Lima: Sociedad Peruana de Adolescencia y Juventud, 2002: 137-49.
9. Guzmán M, Hakkert R, Contreras JM, de Moyano MF. Diagnóstico sobre salud sexual y reproductiva en adolescentes de América Latina y El Caribe. México: UNIFPA, 2001; pp265.
10. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta demográfica y de salud familiar 2000, Lima: INEI, Mayo 2001,
11. Chirinos J, Salazar V, Brindis C. Perfil de los adolescentes varones sexualmente activos en colegios secundarios de Lima-Perú. Cad Saude Publica 2000; 16 (3).
12. La Rosa L. Adolescencia y juventud en el Perú, Género, sexualidad y servicios de salud, Lima, 1998.
13. Villena Y. Anticoncepción de emergencia. En: Carrasco M, ed. Salud de las adolescentes. Lima: Sociedad Peruana de Adolescencia y Juventud. 2002: 255-68.
14. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta demográfica y de salud familiar 1996, Informe Principal. Lima: INEI, Junio 1997.
15. Singh S. Adolescents chilbearing in developing countries: a global review. Studies in Family Planning 1998; 29 (2): 131.
16. Escalante M. Violencia, salud y desarrollo, En: Carrasco M, ed. Salud de las adolescentes, Lima: Sociedad Peruana de Adolescencia y Juventud, 2002: 193-201.
17. Blanc AK, Way AA. Sexual behavior and contraceptive knowledge and use among adolescents in developing countries. Studies in Family Planning 1998; 29(2): 111.
18. Pintado S, Juárez P, García M. Situación de la salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes en la Región Piura. Lima: CIMP Flora Tristán/ Colegio de Obstetricas de Perú, Consejo Regional I, Piura-Tumbes/ Fundación Ford/TheWornens Health Coalition, 2003, pp 23.
19. Ferrando D. El aborto clandestino en el Perú: Hechos y cifras, Lima: CMP Flora Tristán/Pathfinder Internacional. 2002, pp33.



20. Chumbe O, Tivara L, Rodríguez C. El aborto séptico como causa de morbilidad materna. *Ginecol Obstet (Perú)* 1994; 40(1): 55-9.
21. Calle M. Mortalidad materna de las adolescentes. En: Carrasco M, ed. *Salud de las adolescentes*. Lima: Sociedad Peruana de Adolescencia y Juventud, 2002: 285-93,
22. Cervantes R, Watanabe T, Denegri J, Muerte materna y muerte perinatal en los hospitales del Perú. Lima: Ministerio de Salud/Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología/OPS-OMS, 1988.
23. Kurz K. Health consequences of adolescent childbearing in developing countries. Working paper N° 4. International Center for Research on women, Washington DC, Oct 1997.
24. Távara L, Parra J, Pinedo A, Vereau D, Ayasta C, Comportamiento reproductivo de las adolescentes. En: Vidal J, ed. *X Congreso Peruano de Obstetricia y Ginecología*. Lima: Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología 1991: 106-13.
25. Shiffman J. Can poor countries surmount high maternal mortality, *Studies in Family Planning* 2000; 31(4): 274-89.
26. Starrs A. The safe motherhood action agenda: priorities for the next decade, Colombo-Sri Lanka: Family Care International, 1997, pp 95.
27. Rae S. Promoviendo la calidad del cuidado materno y del recién nacido. CARE, 1998.
28. Benagiano G, Thomas B, Safe motherhood: the FIGO initiative. *Int J Gynecol Obstet* 2003; 82: 263-74.
29. UNFIPA. Conferencia Internacional de Población y Desarrollo. El Cairo, Egipto, 1994; ppl 16.
30. Brudtlan GH. Reproductive Health: a health priority. La Haya Forum ICPD + 5; 8-12 Feb 1999.
31. Wetoff CI, Bankoie A. Mass media and reproductive behavior in Africa. Calverton: Macro International Inc, 1997.
32. Grunseit A, Impact of HIV and sexual health education on the sexual behavior of young people: a review update. Geneva: UNOSIDA, 1997; pp7.
33. Mlema B, Justine V. Country watch Tanzania: female guardians offer assistance in primary schools. Arrsterdam: AIDS/STD Health Promotion Exchange, 1997.
34. Clouties R, Countrywatch Canada: parents receive special brochures and training. Amsterdam: AIDS/STID Health Promotion Exchange, 1997.
35. Cash K. "Lamayai" teaches young, Thai women about AIDS and STID. Amsterdam: AIDS/STD Health Promotion Exchange, 1994.
36. Gardiner C. The sexual and reproductive health of adolescents: a review of UNFPA programme experience. N. York: UNFIPA, Report3,1998.
37. Danish Family Planning Association. The Nordic resolution on Cairo + 5 and adolescents. Copenhagen: Danish FPA, Feb 1999.
38. Bueno O. La acción intersectorial por la salud y el desarrollo integral de las y los adolescentes. En: Carrasco M, ed. *Salud de las adolescentes*, Lima: Sociedad Peruana de Adolescencia y Juventud, 2002: 73-85.



39. Tejada D. La salud como un derecho humano o el derecho de todos a la salud. En: Carrasco M, ed. Salud de las adolescentes, Lima: Sociedad Peruana de Adolescencia y Juventud 2002: 27-35.
40. Hord C, ICPD paragraph 8.25: a global review of progress. Issues in abortion care S. Chapel Hill: IPAS 1999: 16.
41. Carrasco M, ed. Salud de las adolescentes, Lima: Sociedad Peruana de Adolescencia y Juventud 2002, pp 432.