



Ginecología y Obstetricia

© Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología

Ginecol. obstet. 2001; 47 (1) :

Cómo lograr una maternidad segura en el Perú

Luis Távara

INTRODUCCIÓN

Hoy en día la Salud Maternoperinatal debe ser incorporada dentro del concepto de Maternidad Segura y, como tal, ser parte integrante de la Salud Reproductiva. Ésta es mejor entendida como un derecho de las personas. En consecuencia, la provisión de cuidados para las mujeres embarazadas y la reducción de la mortalidad materna y perinatal deben ser vistos como una cuestión de derechos humanos y de justicia social.

La mortalidad materna representa un problema de salud pública gravitante en el País, puesto que las complicaciones del embarazo, parto y puerperio figuran entre las causas más importantes de muerte en el Perú y porque son evitables¹

Las estrategias de los organismos de Naciones Unidas asignan alta prioridad a la prevención de estas muertes maternas y su importancia va más allá de lo que generalmente muestran las estadísticas oficiales, dado que en las áreas geográficas en donde la mortalidad materna es más alta, el subregistro suele ser mayor. De allí que la gravedad de la situación puede estar subestimada.

Atacar la mortalidad materna significa luchar por una maternidad segura que es reconocida como un elemento clave para alcanzar un desarrollo humano, que se puede conseguir con el esfuerzo conjunto del gobierno, la sociedad civil, los sectores sociales y económicos, las comunidades científicas, trabajadores de la salud, familias y mujeres

conscientes de su responsabilidad social con el futuro. La maternidad segura es lograr una salud óptima para la madre y el recién nacido; supone reducir la mortalidad y morbilidad maternas y mejorar la salud del recién nacido, gracias a un acceso equitativo a la atención primaria de la salud, incluida la Planificación Familiar, atención durante el embarazo, el parto y después del nacimiento, tanto para la madre como para el niño, y acceso a servicios básicos de obstetricia y neonatología.

La sola oferta de los servicios no es suficiente para conseguir una maternidad segura. Ésta se conseguirá incorporando diversos actores sociales: la mujer, la familia, la comunidad, los líderes religiosos, autoridades locales, ONGs, empresas privadas, instituciones de bienestar de la madre, medios de comunicación social, profesionales de la salud, sociedades científicas, universidades; y, en el quehacer de la maternidad segura, será necesario el enfoque de género y empoderamiento de la mujer, cuidado prenatal efectivo, así como atención adecuada del parto y cuidado posparto, brindar servicios apropiados de salud reproductiva, mejorando el acceso y la calidad de los mismos.

Para conseguir una maternidad segura es necesario en primer lugar un apoyo político y colectivo decidido y sostenido, reconocer que la maternidad segura es un derecho humano, en la necesidad de invertir en servicios de atención, facilitar el acceso a los servicios, información a la mujer y su pareja, a fin de favorecer las decisiones informadas y reducir las desigualdades entre las personas.



El Ministerio de Salud ha considerado la salud maternoperinatal como una prioridad nacional y ha venido haciendo esfuerzos para conseguir una maternidad segura que asegure bienestar a la madre y su niño y contribuya a reducir las cifras de mortalidad materna y perinatal².

PERFIL DEMOGRAFICO

Para el año 1999 se calculó la población del Perú en 25 232 millones de habitantes, con una tasa promedio anual de crecimiento poblacional de 1,7%, que hace que para el año 2000 se proyecte una población de 25,7 millones de habitantes. Esta población se distribuye desigualmente en las tres regiones naturales; la Costa concentra 51% de la población, que en un 67% habita en áreas urbanas.

De acuerdo a la estructura por edades, la población es aun predominantemente joven. Los menores de 15 años representan 33,9% y los adolescentes (10-19 años) 22,8% de la población total.

Las mujeres en edad fértil (MEF) constituyen el 24% de la población del País. Conforme se observa la evolución de las cifras, la población infantil experimentará un descenso gradual, mientras que las MEF mostrarán un ascenso progresivo. Esto es significativo, por cuanto revela la necesidad de prever el aumento en las demandas de salud del grupo maternoperinatal.

Según ENDES 96, la tasa global de fecundidad (TGF) es en promedio 3,5 hijos por mujer, pero existen marcadas diferencias según sea el nivel educativo de las mujeres, el nivel de urbanización y el lugar de residencia. La TGF en las mujeres que habitan áreas rurales es 5,6, en tanto que en el área urbana es 2,8. Las mujeres sin educación tienen una TGF de 6,9, mientras que las que ostentan educación superior se mantienen en 2,1. De acuerdo a las proyecciones al año 2000, se espera una TGF promedio de 2,8, estimándose un total anual de 613 000 nacimientos³.

Se calcula que la tasa bruta de natalidad (TBN) es 24,2 por mil habitantes para todo el país, siendo a nivel urbano 24 y a nivel rural 34. Se estima, asimismo, que en el año 2000 la TBN es 23,7 por mil.

Para 1996, la población analfabeta en el Perú representó 10,7%, correspondiendo 15,7% a las mujeres y 5,4% a los varones. En el área rural, el analfabetismo es más marcado, por cuanto 24,3% de la población total lo padece, siendo más marcado entre las mujeres (36%) que entre los varones (12,6%).

La población económicamente activa (PEA) representa 6 222 000 personas, de las cuales 41,2% son mujeres y 58,8% varones. Sin embargo, es necesario considerar que, a pesar de las cifras macroeconómicas del país, se mantiene aun un importante nivel de subempleo y desempleo, particularmente entre las mujeres. Esto hace que los niveles de pobreza y pobreza extrema no puedan aún ser revertidos.

El acceso al empleo y la distribución del ingreso son inequitativos, por cuanto la mujer está en desventaja social, lo que le impide acceder a las oportunidades de desarrollo individual y colectivo, que se traduce en una marcada desigualdad de género.

La Tabla 1 resume lo anotado en el texto.



Indicador	Cifra
Población total	25 232 000
Tasa de crecimiento anual	1,7%
Población menor de 15 años	33,9%
Población de adolescentes	22,8%
Población de MEF	24%
Tasa global de fecundidad	3,5 hijos/mujer
Tasa bruta de natalidad	24,2 por mil
Número de partos al año	609 800
Tasa de analfabetismo:	10,7%
Masculino	5,4%
Femenino	15,7%
Población económicamente activa	6 622 000
Masculina	58,8%
Femenina	41,2%

ATENCIÓN PRENATAL

Según ENDES 963, sólo 67% de las mujeres que ha tenido un parto recibe control prenatal por un profesional de la salud y 54% de ellas tuvo por lo menos 4 controles. En las zonas urbanas, el control del embarazo alcanzó 81%, mientras que en las zonas rurales, apenas 47%. Entre las mujeres que tienen instrucción superior, el control prenatal llegó al 95%, y tan sólo 39% entre las madres sin educación.

A las consideraciones precedentes habría que agregar que la atención prenatal es aun deficiente en calidad y calidez, y que los establecimientos, particularmente en el primer nivel de referencia, mantienen aun deficiencias en su capacidad resolutoria frente a las emergencias obstétricas

ATENCIÓN DEL PARTO

Sólo 56% de los partos fue atendido por profesionales de la salud, lo que se desagrega en 81% para las áreas urbanas y 22% para las áreas rurales. Cuando examinamos la atención institucional del parto, observaremos que a nivel nacional alcanzó 49,6%, siendo en el área urbana del orden de 73% y 15% en el área rural. En los departamentos de Amazonas, Cajamarca, Huancavelica y Puno la atención institucional del parto no alcanzó al 18%, lo que contrasta con los departamentos costeros.

Si examinamos los registros del Sistema Informática Perinatal (SIP) en los diferentes establecimientos de salud, comprobaremos que más del 52% de las parturientas ha presentado algún tipo de patología desde antes del parto, en donde destaca la anemia, las hemorragias, infecciones, cuadros hipertensivos, ruptura prematura de membranas, alteraciones de la dinámica del parto y otras. La cesárea en los establecimientos hospitalarios del Perú representa el 20% de los partos, que disminuye a la mitad cuando consideramos la población obstétrica nacional.

ATENCIÓN DEL ABORTO

Se calcula que del total de embarazos se pierden como abortos espontáneos más o menos 15%, los que sumados a los 270 a 300 mil abortos inducidos que anualmente se producen en el Perú, significa que deben existir poco más de 350 000. Cada año los hospitales públicos atienden un promedio de 60 mil mujeres por complicaciones del aborto, constituyéndose este problema, después de la atención del parto, en la causa más frecuente de internamiento. Aproximadamente un 30% de las camas hospitalarias de los servicios de ginecoobstetricia está ocupadas por casos de aborto, cuando hoy en día se sabe que la gran mayoría de mujeres que padece un aborto incompleto, puede ser atendida



ambulatoriamente, lo que representa un ahorro para las usuarias y los servicios y una mayor disponibilidad de camas para aumentar la cobertura de la atención⁶.

ATENCIÓN DE LAS ADOLESCENTES

La fecundidad de las adolescentes es elevada. Se sabe que la tasa específica de fertilidad en este grupo se encuentra en 75 por mil, con un rango que va desde 139 en el área rural a 55 en el área urbana³. Las adolescentes contribuyen con el 20% al total de partos que se registra en el País, siendo mayor su proporción en la selva y sierra. Aspecto importante del embarazo de las adolescentes es su presencia no deseada, que conduce a su ocultamiento, ausencia de control prenatal y a la ocurrencia de aborto inducido

MORTALIDAD MATERNA

En la ENDES 1996 se puede constatar que la tasa de muerte materna (MM) en el Perú se sitúa en 265 por 100 000 nacidos vivos, lo que muestra además que la variación de este indicador ha sido muy poca en las cuatro últimas décadas, conforme se puede ver en la Tabla 2.

Año	Tasa por 100 000 n.v.
1960	40
1965	398
1970	390
1975	350
1980	318
1985	303
1990	298
1993	261
1996	265

De la tasa calculada para 1996 se desprende que cada año mueren casi 1 800 mujeres, como consecuencia de complicaciones del embarazo, parto y puerperio. En el contexto latinoamericano la cifra peruana es de las más altas, superada tan sólo por Bolivia y Haití.

Las defunciones maternas se deben genéricamente a cualquiera de cuatro demoras: demora para identificar un problema a nivel de la propia embarazada o su entorno familiar, demora para buscar ayuda en un servicio de salud, demora para llegar a un establecimiento de salud o demora para solucionar el problema dentro del establecimiento de salud⁷. La gran mayoría de las muertes maternas en el Perú son de causa directa y evitable, y afectan con más frecuencia a las mujeres de los grupos con menores recursos, de menor nivel educativo, con menor acceso a los servicios y con menor capacidad de decidir.

Cuando examinamos los diferentes registros de muerte materna, no obstante algunas deficiencias, se puede constatar que las hemorragias constituyen la primera causa de defunción, en su mayor parte las hemorragias posparto por retención de placenta y atonía uterina; le siguen en orden de frecuencia los cuadros hipertensivos, las infecciones puerperales y el aborto. Sin embargo, aunque en los reportes no aparece como causa de muerte el parto obstruido, cuando examinamos casos con los grupos profesionales identificamos esta complicación como causa de defunción^{4,8}.

A pesar que las complicaciones antes mencionadas aparecen en todos los reportes como causas de muerte materna, debemos admitir que la ocurrencia de una defunción en una gestante se debe finalmente a complicaciones del embarazo, parto o puerperio; sin



embargo, en la historia de vida de estas mujeres concurren con mucha frecuencia factores de nivel intermedio o a distancia, pero tan importantes como las complicaciones finales (Figura 1)9.

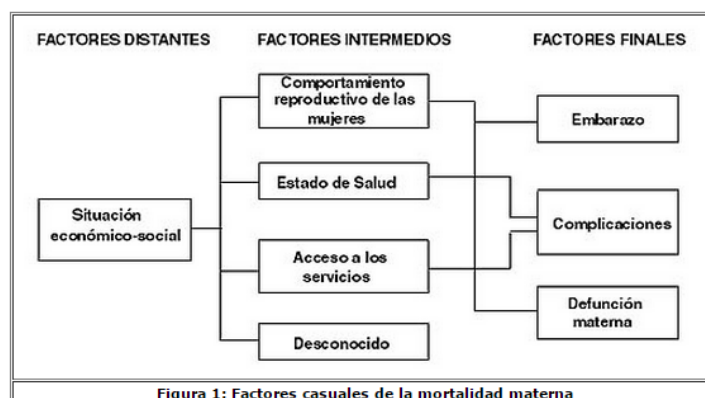


Figura 1: Factores causales de la mortalidad materna

A nivel intermedio resultan importantes como factores condicionantes de la muerte materna el comportamiento reproductivo de las mujeres que conduce a la gran multiparidad, a las gestaciones en los extremos de la vida reproductiva y a las gestaciones con espacios intergenésicos muy cortos, con mayores posibilidades de enfermar o morir durante el embarazo. Igualmente los estados carenciales, como la anemia o desnutrición, pesan mucho en la mayor frecuencia de muerte. Se sabe, por ejemplo, que las mujeres anémicas en el Perú tienen cinco veces más la posibilidad de morir durante el embarazo que las no anémicas; de allí la importancia de corregir esta carencia en las gestantes¹⁰. Las dolencias crónicas ejercen igualmente un efecto deletéreo durante el embarazo; en nuestras gestantes existe una alta frecuencia de parasitosis y otros cuadros infecciosos, como la tuberculosis, que incrementan el riesgo de muerte. Finalmente, a nivel intermedio debemos situar la dificultad en el acceso a los servicios, determinada por problemas geográficos, culturales, económicos y de comportamiento de los propios proveedores.

A nivel más distante, y no por ello menos importantes, encontramos los factores económico sociales, como la pobreza, ignorancia, falta de empleo, falta de oportunidades y violencia contra la mujer, que repercuten en forma decisiva sobre la mortalidad materna, al modificar negativamente los factores intermedios y finales.

De otro lado, cuando analizamos la mortalidad, no podemos dejar de reconocer las deficiencias que se observa en los servicios –en la gerencia, en la calidad y calidez, en el enfoque de género, en la referencia y contrarreferencia– y en la poca capacidad resolutoria del primer nivel de atención y del primer nivel de referencia¹¹.

La mortalidad materna en adolescentes merece una atención especial, puesto que aproximadamente 15% del total de muertes ocurre en este grupo etáreo y el 20% de las defunciones por aborto se da en muchachas adolescentes⁸. Es también evidente que la tasa específica de muerte materna en adolescentes es 362 por 100 mil nacidos vivos, lo que le da una connotación especial³.

MORTALIDAD PERINATAL

A diferencia de la mortalidad materna, la mortalidad infantil sí ha evidenciado una reducción importante en las últimas décadas. ENDES 96 nos muestra una tasa nacional de 43 por mil nacidos vivos, siendo más baja en el área urbana que en la rural. Se estima que para el año 2000 la mortalidad infantil está alrededor de 40 por mil

La causa más importante de mortalidad infantil es los problemas perinatales, que constituyen el 41% del total. La mortalidad perinatal encontrada recientemente en los



establecimientos de salud es de 29,4 por mil n.v.4; sin embargo, a nivel nacional se estima que la tasa sea de 30 por mil. Consideramos que puede haber un cierto grado de subestimación.

Es sabido que la mortalidad perinatal se asocia a un pobre control prenatal, además de problemas de calidad del mismo, que se hace extensivo al momento del parto y de la atención del recién nacido

Se registra 8,8% de peso bajo al nacer en los establecimientos de salud, aunque se admite que esta cifra a nivel nacional es de 10%⁴. Se ha demostrado la relación directa entre las tasas de peso bajo al nacer y las tasas de muerte perinatal. En el Perú, 70% de la mortalidad neonatal ocurre en niños de peso bajo⁸.

El peso bajo al nacer se presenta con mayor frecuencia en las madres sin educación, que gestan en los extremos de la vida reproductiva, que son grandes multíparas, anémicas, desnutridas y que presentan complicaciones del embarazo, como la hipertensión arterial.

Las principales causas de mortalidad perinatal son la asfixia, las infecciones, el síndrome de distrés respiratorio y las malformaciones congénitas, estando las tres primeras relacionadas estrechamente con las condiciones de atención del parto⁸.

PRINCIPALES PROBLEMAS A ENFRENTAR EN SALUD MATERNO PERINATAL

De lo examinado anteriormente, se extrae que las prioridades en salud materna y perinatal en el Perú son:

Reducir la mortalidad materna y perinatal

Ambos problemas son producto de la injusticia social y de las desigualdades que persisten en el Perú. Es necesario asumir un conjunto de medidas preventivas encaminadas a reducir los índices de mortalidad, dado que esto es una cuestión de derechos humanos y de justicia social.

Se supone que en los reportes de mortalidad materna y perinatal existe aún subregistro, por lo que la vigilancia epidemiológica y el estudio de casos de muerte por los comités de mortalidad materna y perinatal se hace cada vez más importante.

Tomando como base esta primera prioridad, podemos decir que lo que anotamos a continuación es su lógica consecuencia.

Mejorar en las mujeres su capacidad de decidir

La poca declinación en la mortalidad y morbilidad materna tiene realmente sus raíces en la falta de poder de las mujeres, en su desigual acceso a los recursos dentro de la familia, sociedad y mercado económico. Estos factores producen el marco aparente para una pobre salud reproductiva y maternidad insegura, aun antes de que ocurra un embarazo, y lo hacen peor una vez que el embarazo y el nacimiento han comenzado. Las barreras que frecuentemente tienen las mujeres para poder tomar decisiones, tienen que ver con la desinformación sobre sus derechos, sobre los cuidados de la salud, sobre los signos de alarma en el embarazo y parto y sobre la existencia de los servicios de salud; igualmente, con las desiguales relaciones de poder dependiente del género, que les impide acceder a recursos materiales y la complicada interacción con los proveedores de salud por problemas en la comunicación.

Elevar las coberturas del cuidado del embarazo y de la atención institucional del parto y del puerperio



Es harto conocido que los mejores resultados sobre la salud materna y perinatal están en relación directa con las mayores coberturas. A pesar del esfuerzo que se viene haciendo en esa dirección las coberturas no han crecido sustancialmente. Es imprescindible un esfuerzo sostenido por parte de la sociedad civil para revertir esta situación. En lo relativo al parto, es más dramático, por cuanto sólo la mitad de los mismos se atiende a nivel institucional, quedando la otra mitad a merced de la atención por parteras tradicionales y por familiares. Se hace necesario precisar que, en la reciente reunión internacional sobre maternidad segura, llevada a cabo en Colombo, Sri Lanka en 1997, pudo analizarse que la atención por agentes tradicionales no ha contribuido a solucionar el problema de la mortalidad materna.

Por lo demás, la atención institucional del parto es clave, por cuanto todos los partos representan riesgo para la mujer, aunque la calificación durante el embarazo haya sido de riesgo bajo. Además, cualquier deficiencia durante el cuidado prenatal puede ser compensada con la atención institucional del parto.

De otro lado, no olvidar que la mayor cantidad de defunciones maternas en el Perú, ocurren durante el puerperio, de allí que subrayamos la frase: cuidar el puerperio las seis primeras horas, los seis primeros días y las seis primeras semanas.

Reducir la frecuencia de patología crónica

Que afecta frecuentemente el curso del embarazo y el parto. La desnutrición y la anemia son factores que se comportan adversamente en la mujer. La menor tolerancia a las hemorragias e infecciones es común en este tipo de gestantes, así como su relación con el peso bajo al nacer. La prevalencia de la tuberculosis durante el embarazo es otro hecho a remarcar, así como cuadros infecciosos y parasitarios.

Mejorar la calidad y calidez en los servicios

Esto es una condición manifiesta que los propios trabajadores de la salud la advierten y están tratando de revertirla. Sin embargo, es necesario hacer esfuerzos mayores para optimización del servicio. Aquí tiene lugar lo que las mujeres entienden por calidad que pasa por el buen trato, el respeto a su privacidad, el costo reducido de la atención, la presencia de sus familiares en la atención y el respeto a sus patrones culturales, principalmente durante el parto. Es por ello que los servicios están en la obligación perentoria de hacer reajustes en base a una adecuación cultural, que no debe tener contraindicación médica, pero que contribuya a que los servicios sean más aceptables dentro de las usuarias.

Potenciar la referencia y contrarreferencia

Se ha mencionado la necesidad de entender la salud materna y perinatal como una mesa que asienta en tres patas, constituidas por la mujer y su entorno familiar (comunidad), por el sector salud y por otros sectores vinculados al mismo. En ese sentido es que muchas de las emergencias obstétricas, que son circunstancias de vida o muerte, dependen en su solución no sólo del sector salud, sino de la participación de la familia y comunidad, por ejemplo, en el reconocimiento de los signos de alarma, y de los otros sectores que tienen con ver con las facilidades de transporte y comunicación. Del mismo modo, los servicios deben disponer de criterios prácticos para asumir responsabilidades de manejo, que estén acorde con su capacidad de respuesta frente a un determinado riesgo. El primer nivel de referencia debe estar en capacidad de absorber y resolver todos los problemas que no puedan ser solucionados en el primer nivel de atención.

Prevenir y manejar adecuadamente el embarazo en las adolescentes

Las cifras existentes nos hablan que la gestación entre las adolescentes peruanas es cada vez más frecuente. Estos embarazos son generalmente no deseados y como consecuencia el aborto inducido es una posibilidad, así como la falta de cuidado prenatal. De allí la alta frecuencia de complicaciones detectadas y de las altas tasas específicas de mortalidad en



este grupo etéreo. No olvidar que las condiciones sociales adversas que enfrentan estas mujeres las exponen a múltiples parejas, a nuevos embarazos y, como consecuencia, son las grandes multíparas en un futuro, las que igualmente presentan riesgo elevado para una nueva gestación.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Távara L y col. Mejoramiento de la calidad en la prestación de los servicios como estrategia para reducir la mortalidad materna y perinatal. *Ginecol Obstet (Perú)* 2000; 46 (2): 124-34.
2. Ministerio de Salud. Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1996-2000. Lima-Perú: Dirección de Programas Sociales. 1996, 57p
3. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta de Demografía y Salud Familiar 1996. Informe principal. Lima-Perú 1997.
4. Távara L y col. Estado actual de la mortalidad materna en los hospitales del Perú. *Ginecol Obstet (Perú)* 1999; 45(1): 38-42.
5. The Alan Gutmacher Institute. Aborto clandestino, una realidad latinoamericana. New York: The Alan Gutmacher Institute 1994, 32p.
6. Távara L, Ramírez Y eds. Atención del aborto incompleto no complicado. Lima- Perú: INPPARES-IPPF-Bergstrom Foundation 1996, 89p
7. CARE. Promoviendo la calidad del cuidado materno y del recién nacido. EE.UU.: CARE, 1998.
8. Cervantes R, Denegri J, Watanabe T. Muerte materna y muerte perinatal en los hospitales del Perú. Lima-Perú: Ministerio de Salud- Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología-OPS/OMS 1988, 218p.
9. Maine D. Programas de reducción de la mortalidad materna: opciones y planteamientos. New York: Colombia University 1992, 61p
10. Pinedo A, Távara L, Chumbe O, Parra J. Factores de riesgo asociados a la mortalidad materna. *Ginecol Obstet (Perú)* 1995; 41: 52-4.
11. Ministerio de Salud. Proyecto maternidad segura: Iniciativa Diez Pasos para un Parto Seguro, Lima-Perú 1996.