

Por una Maternidad sin Riesgos en México.

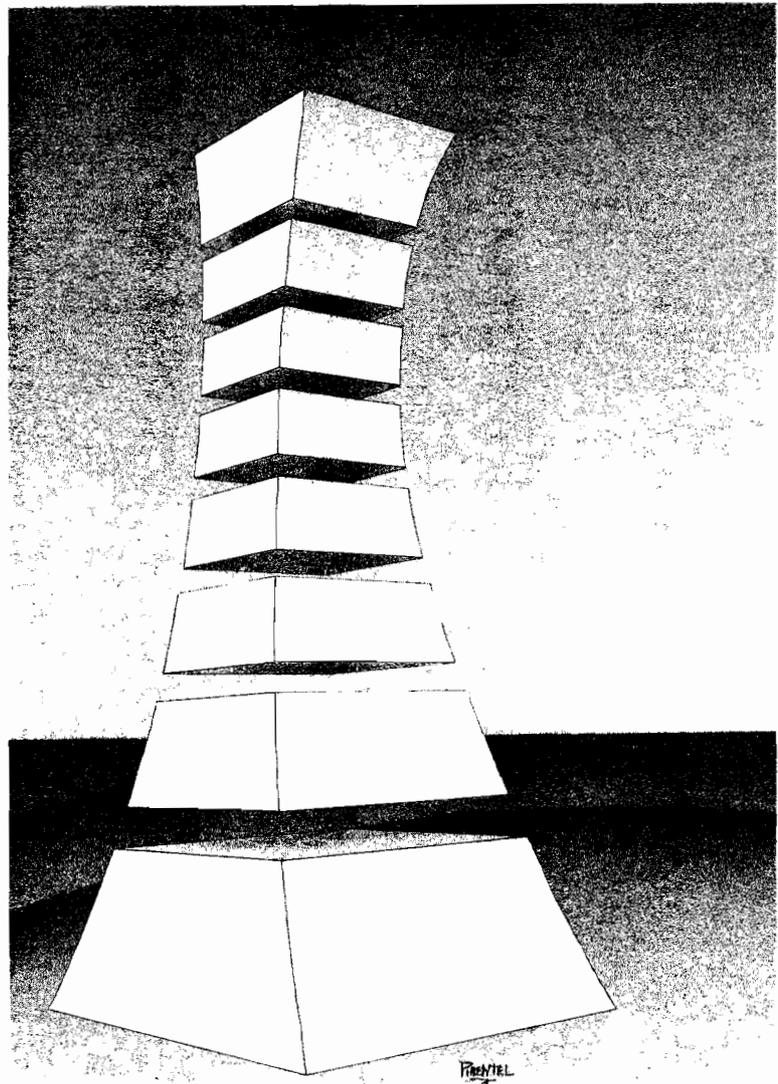
Dra. Ana Langer

Investigadora del Instituto Nacional de Salud Pública

La morbimortalidad materna en México: aspectos conceptuales

La mortalidad materna, más allá de su obvia importancia como problema de salud pública, constituye "la otra cara de la moneda" de la "maternidad sin riesgos". Generalmente, es el estudio de la mortalidad materna el que permite aproximarse, por contraste, a la cuestión de la "maternidad segura". Así, para el estudio de la salud se recurre a la cuantificación y análisis de las desviaciones del estado de normalidad, en otras palabras, de la enfermedad y la muerte.

Si representáramos a toda la población femenina en edad reproductiva como



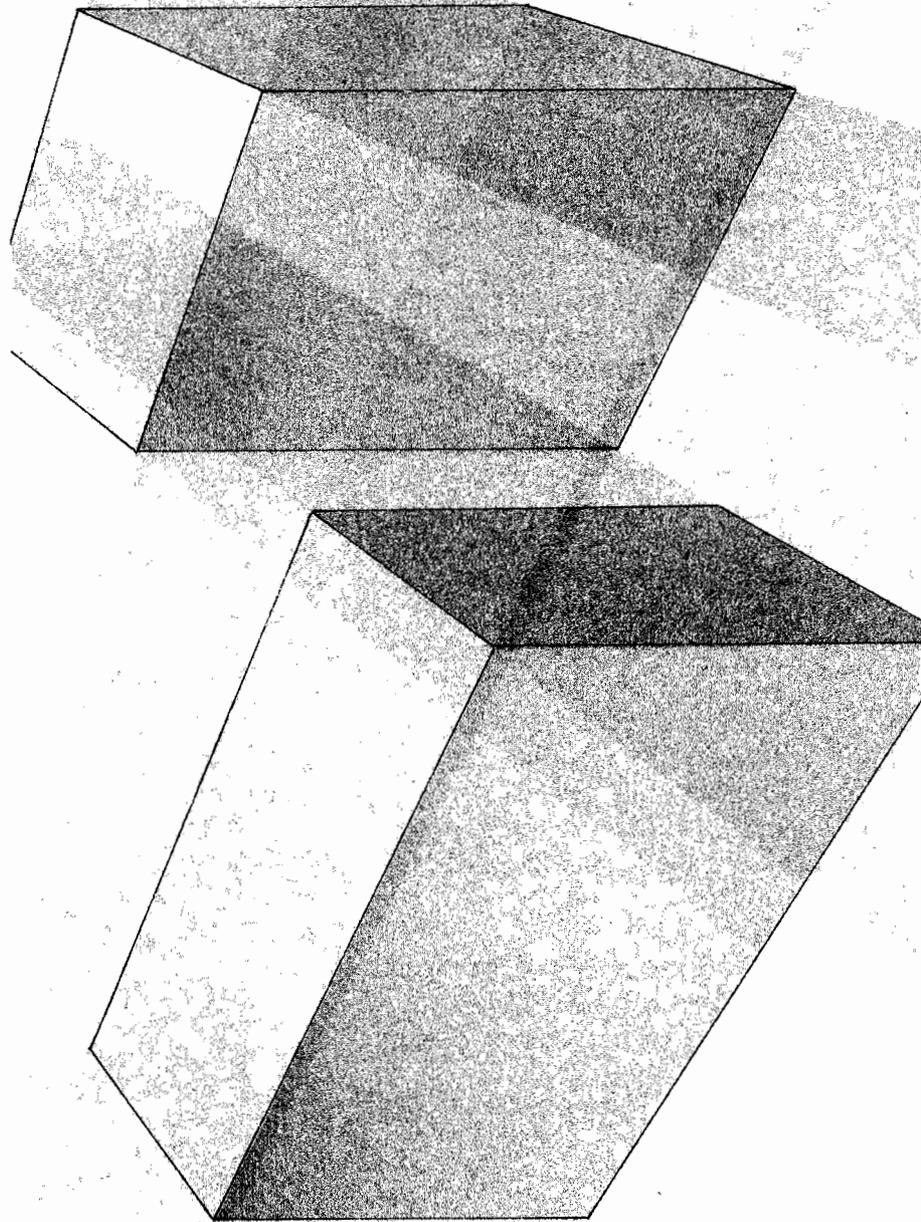
una pirámide, podríamos identificar 4 niveles:

- El inferior corresponde al estrato más numeroso, el de las mujeres que tienen embarazos, partos y puerperios normales.

- En el segundo nivel se ubica otro grupo también muy nutrido, el de aquellas mujeres con morbilidad leve, que no queda asentada en ningún registro institucional.

- El tercer nivel es el de las mujeres con problemas serios, que ponen en riesgo su salud o la de sus hijos; una proporción de estas señoras acude a los hospitales y sus problemas quedan asentados como diagnósticos. Otra proporción, variable según el contexto socioeconómico y cultural, no utiliza las instituciones de salud y sus problemas no pueden conocerse a través de las fuentes de información de rutina.

- Por último está el estrato superior que corresponde al de las mujeres que mueren a consecuencia del proceso reproductivo. Una alta proporción de estas defunciones, sin embargo, no quedará asentada como muertes maternas (en México, dos estudios han demostrado que la sub-



PUNTEL

estimación varía entre el 40 y el 50%).

En conclusión, el universo de estudio, cuando se tratan de conocer los perfiles de mortalidad materna en México, está constituido por una proporción no cuantificada de las mujeres con problemas de salud graves que llevan a la muerte.

Mortalidad materna en México: tendencias y niveles

En nuestro país la mortalidad materna* (MM) ha disminuido de manera importante en los últimos años: de una razón de 53 por 10,000 recién nacidos vivos (RNV) en 1940 a una de 5.1 en 1990. Este descenso, sin embargo, no ha sido uniforme ni constante. En efecto, la pendiente de la curva durante los 40 fue seis veces más pronunciada que en la década de los 80; en otras palabras, se observa un descenso acelerado cuando la MM es alta (mayor de 20 por 10,000 nacimientos) y lento cuando se está por debajo de ese nivel.

Así, por ejemplo, en 1940 transcurrieron 10 años para que la MM se redujera a la mitad; para lograr otro descenso semejante se necesitaron 20 años y otro tanto para que la MM se redujera nuevamente en un 50%.

A pesar de este decremento tan importante, la MM en México es muy elevada si se compara con la de otros países. Peor aún, la brecha que siempre ha existido entre este indicador en nuestro país y el mismo en países desarrollados, lejos de disminuir, se ha ido ampliando: en 1940 la diferencia entre México y Estados Unidos, en cuanto al riesgo de morir por una causa materna, era de 1.4; la misma diferencia en 1985 fue de 7.4 veces.

Mortalidad materna por edad

Si algo caracteriza a la MM es que se trata de una muerte prematura: la edad promedio en la que mueren las mujeres por esta causa en México es 29 años. El impacto de una defunción se puede evaluar al cuantificar los llamados Años de Vida Potencialmente Perdidos (AVPP). Este indicador se obtiene calculando la diferencia entre la edad al momento de morir y la edad a la que idealmente se esperaría que la persona en cuestión muriera. En promedio, cada muerte materna equivale a 40 AVPP. Este valor es muy alto, si se le compara con los AVPP correspondientes a otros problemas de salud de las mujeres adultas.

Mortalidad materna por causa

Si se analizan las causas de mortalidad en un año, se encuentran los problemas de salud que, turnándose los primeros lugares, son las principales causas de muerte materna. Así, en 1989, 8.7% de las defunciones se debieron al aborto; a la toxemia correspondió el 21.3%; a la hemorragia el 25.6%. Las causas obstétricas indirectas ocasionaron el 1.6% de las defunciones en ese año. "Otras causas obstétricas directas" corresponden a una miscelánea de patologías diversas.

Si se observan las tendencias de estas causas, entre 1960 y 1986 se encuentra que todas ellas descendieron a lo largo del periodo, si bien desde niveles y con pendientes diferentes. En efecto, la hemorragia inicia con una razón de casi 40/10,000 para terminar en menos de 20; el descenso más pronunciado ocurrió entre 1970 y 1980. La mortalidad por toxemia, por su parte, se ha modificado poco; se ha mantenido en niveles persistentemente altos y, en los últimos años, ha competido con las hemorragias como primera causa de muerte materna. La infección ha presentado también un descenso importante: de aproximadamente 18/10,000 a una razón de 5.

Por último, el aborto prácticamente no se ha modificado. Cuando se analizan las muertes de este

mismo periodo por edad y causa, se encuentra que los problemas en el parto y las hemorragias aumentan su importancia como causa de muerte en las mujeres de 35 a 39 años. Estas observaciones epidemiológicas coinciden con lo que muestra la clínica. La contribución del aborto, por su parte, es muy uniforme a lo largo de toda la vida reproductiva de la mujer y no se concentra en las jóvenes, como podría suponerse. Su nivel, como causa de muerte, seguramente está subestimado.

En síntesis, la mortalidad materna ha descendido en las últimas décadas, especialmente en las mujeres de 35 a 39 años y sobre todo a expensas de la disminución de las muertes por hemorragia y por infecciones. Probablemente esto refleje una mayor y más oportuna utilización de servicios de salud mejor equipados para atender partos y emergencias.

Mortalidad materna por escolaridad

El riesgo de morir por causas relacionadas con la reproducción varía sustancialmente con la escolaridad: del total de defunciones maternas ocurridas entre 1986 y 1991, 26% correspondió a mujeres que no habían asistido a la escuela, 33% a las que no terminaron la

primaria, 24% a las que tuvieron primaria completa y 16% a aquellas con secundaria o más. Es importante recordar que el promedio nacional de escolaridad, según el Censo de 1990, corresponde a la primaria completa.

Si se analizan las tasas de MM de todas las mujeres en relación con aquellas que terminaron la preparatoria, se observa que las mujeres analfabetas presentan un riesgo de morir 8 veces mayor; las que no concluyen la primaria 5 veces mayor, y las que terminan el ciclo básico enfrentan un riesgo de morir 3.6 veces mayor que el grupo de referencia.

Mortalidad materna por región del país

La MM en 1991 permite dividir al país en tres regiones: los estados con baja MM se localizan fundamentalmente en el norte del país; los estados con mortalidad promedio se localizan en el centro, y aquellos con MM alta se ubican en el sur. Esta distribución es semejante a la que se encuentra para otros indicadores de salud. La brecha que encontramos entre nuestro país y otros desarrollados se reproduce al interior de México: la MM que presentan en 1991 los estados de Oaxaca, Puebla, Tlaxcala, Veracruz y El

Estado de México es similar a la que presentaba Nuevo León hace 30 años, o Aguascalientes, Sonora y Baja California hace 20.

Mortalidad materna por tamaño de localidad

Al analizar la MM, según tamaño de la localidad de donde proviene cada defunción, se observa que durante la década de los 80 las muertes maternas tendieron a concentrarse en el medio rural. En efecto, las localidades con menos de 20,000 habitantes concentraron 72% de las defunciones maternas. En el medio rural la razón de MM fue 6.5 por 10,000 y en el medio urbano de 4.1 por 10,000; en otras palabras, el riesgo de morir por una causa materna es 1.6 veces mayor en el medio rural que en el medio urbano.

Mortalidad materna por niveles de marginación

Por último, presentaremos los diferenciales en la MM según un índice de marginación que se construye a partir de ciertos datos censales, y que ha sido elaborado por el Consejo Nacional de Población. Así, en 1990 las mujeres en edad fértil que habitaban los municipios de muy alta marginación, presentaron un riesgo de morir tres veces

mayor que las mujeres de los municipios de baja marginación. Cabe mencionar que el exceso en el riesgo de morir se incrementa conforme empeoran las condiciones de marginación.

Consideraciones finales

La mortalidad materna prácticamente ha desaparecido como problema de salud pública en los países desarrollados o en los grupos sociales con acceso a adecuadas condiciones de vida y servicios de salud. La existencia de herramientas técnicas y científicas que permiten evitar más del 90% de las defunciones maternas hace aún más imperdonable la persistencia del problema.

Los datos que se comentan aquí permiten ilustrar que la MM es un problema prioritario de salud pública en México. Aún más, si se desea mostrar con sólo un indicador la desigualdad social entre la muerte, la mortalidad materna es uno de los más reveladores. Su alta capacidad predictiva lo coloca por encima de otros de uso común.

Frente a este panorama, la Conferencia sobre Maternidad sin Riesgos en México —celebrada en febrero de 1993 en Cocoyoc, con la asistencia y participación de legisladores, representantes de institu-

ciones de salud públicas y privadas, académicos, técnicos, grupos de mujeres, comunicadores sociales y profesionales de campos afines a la salud de todo el país— incluyó en sus resoluciones una serie de recomendaciones, entre las que se encuentran nueve referidas a la legislación vigente:

1.- Revisar la legislación actual y promover los cambios en aquellos aspectos que no coadyuvan al mejoramiento de la salud reproductiva de las mujeres.

2.- Promover leyes que impidan la negación de empleo a las mujeres embarazadas.

3.- Implantar las modificaciones legislati-

vas necesarias para garantizar a las mujeres el derecho a lactar a sus hijos.

4.- Revisar y actualizar, vía foros y comisiones, los derechos familiar, penal y laboral de radio y televisión, y de todas aquellas normas que se vinculen con el artículo 4o. Constitucional en lo relativo a la igualdad de hombres y mujeres, al derecho a la procreación libre e informada, y a la protección de la salud.

5.- Analizar el Código Penal del Distrito Federal y de otros estados, para considerar la incorporación de la causal de aborto por daños a la salud de la mujer, tal y como ocurre ya en siete estados del país.

6.- Aplicar las leyes referentes a la publicidad para que las mujeres no sigan siendo utilizadas como objetos de consumo.

7.- Crear agencias del Ministerio Público especializadas en delitos sexuales, y fortalecer las ya existentes.

8.- Capacitar a los jueces y agentes del Ministerio Público sobre derechos humanos, salud reproductiva, sexualidad y perspectiva de género.

9.- Reglamentar dentro del artículo 4o. Constitucional los derechos de los pacientes.

* Las muertes maternas son aquellas que ocurren durante el embarazo, parto o puerperio, a consecuencia de un problema de salud asociado con la reproducción o agravado por ésta. La mortalidad materna (MM) se mide con la correspondiente tasa: muertes maternas/mujeres en edad fértil cuando se cuenta con el denominador x 100, 000. En su ausencia, la MM se mide con una razón: muertes maternas/recién nacidos vivos x 10,000.