

SITUACIÓN DE LA MORTALIDAD MATERNA EN EL PERÚ, 2000 - 2012

SITUATION OF MATERNAL MORTALITY IN PERU, 2000 - 2012

Lucy del Carpio Ancaya^{1,a}

¹ Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva. Ministerio de Salud. Lima, Perú

^a Médico ginecoobstetra

Recibido: 29-06-13; Aprobado: 04-09-13

RESUMEN

En el presente artículo se realiza un análisis respecto a la situación de la mortalidad materna en el Perú, se toma como fuente del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Materna de la Dirección General de Epidemiología del Ministerio de Salud, así como la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. Se evidencia una disminución en las razones de mortalidad materna entre los años 2000 y 2012, las causas directas se mantienen, pero en diferentes porcentajes por regiones naturales, donde la hemorragia es la primera causa de mortalidad materna. La cobertura de atención se ha incrementado en los últimos años pero todavía es necesario mejorar la capacidad de respuesta oportuna y de calidad de los servicios de salud. La mortalidad materna en el Perú está relacionada con la inequidad y la falta de empoderamiento de las mujeres para ejercer sus derechos, en especial los sexuales y reproductivos. Es necesario fortalecer las estrategias que se han implementado para cumplir con la meta de la reducción de la mortalidad materna en el Perú.

Palabras clave: Derechos sexuales y reproductivos; Mortalidad materna; Perú (fuente: DeCS BIREME).

ABSTRACT

We perform an analysis concerning the situation of maternal mortality in Peru, based on the information of the System of Epidemiologic Surveillance of Maternal Mortality of the General Directorate of Epidemiology of the Ministry of Health and the Family and Health Demographic Survey. We can see a decrease in the rates of maternal mortality between 2000 and 2012. The direct causes are the same but in different proportions according to the natural regions, being the hemorrhage the first cause of maternal mortality. The coverage of birth attention in health establishments has increased in the last years but it is still necessary to improve the capacity of quick response and the quality of the health services. Maternal mortality in Peru is related to inequity and lack of women empowerment to excerpt their rights, specially the sexual and reproductive rights. It is necessary to strengthen the strategies that have been implemented in order to accomplish of the reduction in maternal mortality in Peru.

Key words: Sexual and reproductive rights; Maternal mortality; Peru (source: MeSH NLM).

INTRODUCCIÓN

La mortalidad materna es uno de los indicadores sanitarios que con mayor claridad evidencia la inequidad y la exclusión social, así como la inequidad de género para la toma de decisiones, el poco respeto a los derechos humanos y el limitado acceso a los servicios sociales ⁽¹⁾.

En los países subdesarrollados la mortalidad materna es cien veces más alta que en los países desarrollados, lo cual afecta, principalmente, a las mujeres pobres y más vulnerables. Estos índices reflejan la poca capacidad de negociación y autodeterminación de las mujeres ⁽²⁾. Asimismo, ponen en evidencia las diferencias existentes entre las residentes de zonas urbanas y rurales.

La primera causa de muerte y de discapacidad entre las mujeres en edad reproductiva a nivel mundial son las complicaciones relacionadas con el embarazo. Estas

representan una pérdida equivalente a más del doble de años de vida ajustados en función a la discapacidad (AVAD) que las ocasionadas por enfermedades transmisibles, el SIDA o la tuberculosis. En el caso de los varones, no existe ninguna causa de muerte que se acerque en magnitud a la de la mortalidad y morbilidad materna ⁽³⁾.

La calidad de vida y de salud de las mujeres están, en gran medida, influenciadas por muchos factores, entre ellos, los culturales, socioeconómicos, educativos, y por sus conductas y comportamientos en la esfera sexual y reproductiva. La salud de la mujer es un derecho humano fundamental y como tal debe promoverse, pues constituye un determinante importante del desarrollo social y económico. La articulación de los derechos sexuales y reproductivos y la mortalidad materna nos permite reconocer que la falla en la reducción efectiva de la muerte materna representa una de las grandes injusticias sociales de nuestros tiempos.

En el contexto internacional se describe que las intervenciones para reducir o prevenir las muertes maternas, podrían darse a tres niveles:

- a) **Reducción de las posibilidades de embarazo**, es decir disminuir los embarazos no deseados o no programados y garantizar una maternidad voluntaria.
- b) **Reducción de las posibilidades de complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio**, ello incluye la identificación de las gestantes de mayor riesgo y con signos de alarma, a pesar de que la mayoría de las complicaciones y muertes ocurren de manera inesperada y en gestantes que, aparentemente, no tienen estos factores; el valor predictivo podría alcanzar a tan solo el 30% de los casos; or otra parte se debe difundir el parto institucional, como acción preventiva de las complicaciones intraparto y posparto, con el manejo activo del alumbramiento para reducir la hemorragia posparto y la sepsis puerperal.
- c) **Reducción de las posibilidades de muerte entre mujeres que experimentan complicaciones**. Con el enfoque de los cuidados obstétricos de emergencia, propuestos por Maine ⁽⁴⁾. Si a estas intervenciones se agrega la educación para que la mujer conozca sus derechos y se empodere para ejercerlos, se podría lograr un mayor descenso de la mortalidad materna.

TENDENCIAS DE LA RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA EN EL PERÚ

En el Perú, la razón de mortalidad materna ha ido disminuyendo, es así que la ENDES 2000 ⁽⁵⁾ refiere 185 muertes maternas por cada 100 000 nacidos vivos, mientras que la ENDES 2010 ⁽⁶⁾ indica a 93 por cada 100 000 nacidos vivos, lo que representa un importante descenso.

El quinto Objetivo de Desarrollo del Milenio (ODM) se relaciona a la salud materna, y para el caso del Perú se debe alcanzar al año 2015 la razón de muerte materna de 66 defunciones por cada 100 000 nacidos vivos. Según la publicación de la OMS, UNICEF, UNFPA y el Banco Mundial, "Trends in maternal mortality: 1990 to 2010" ⁽⁷⁾ la razón de mortalidad materna para Perú es de 67 por 100 000 nacidos vivos; así mismo, refieren que Perú está entre los 20 países del mundo que más ha avanzado en la reducción de la mortalidad materna.

Sin embargo, al realizar el análisis de la Información de la Dirección General de Epidemiología del Ministerio de Salud (MINSA) ⁽⁸⁾ se observa que aún tenemos direcciones regionales de salud (DIRESA) y direcciones de salud (DISA) con altas cifras de mortalidad materna tales como: Lima, La Libertad, Puno, Loreto, Piura y Cajamarca (Figura 1).

Analizando los datos obtenidos de la vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna del 2000 al 2012 y del Estudio de la Mortalidad Materna 2002 - 2011 ⁽⁸⁾ realizado por la Dirección General de Epidemiología y el Fondo de

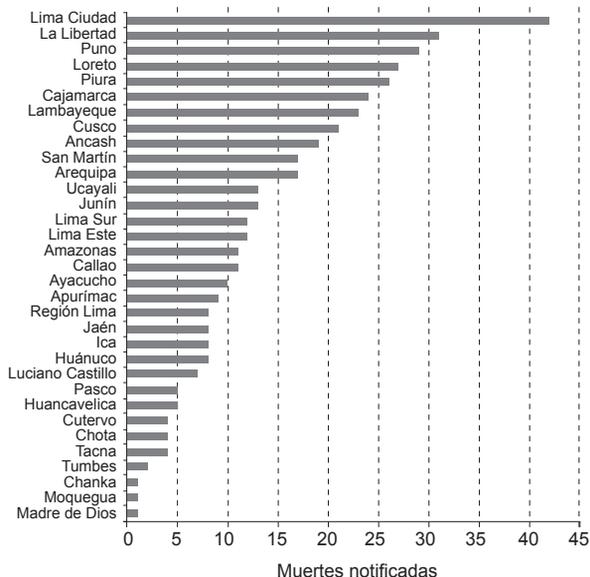


Figura 1. Mortalidad materna por direcciones de salud del Perú, 2012.
Fuente. DGE-MINSA Vigilancia epidemiológica de la mortalidad Materna

Población de Naciones Unidas, se ha observado que el subregistro ha disminuido al 11%. Así mismo, que la mortalidad materna es mayor en regiones de la sierra y selva, zonas rurales, y en mujeres del nivel socioeconómico más pobre o quintil de pobreza I (Tabla 1).

PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD MATERNA EN EL PERÚ

En el año 2000 las causas directas de muertes maternas, registradas por la Dirección General de Epidemiología del MINSA, fueron principalmente la hemorragia en 49%; la hipertensión inducida por el embarazo (HIE) en 16% y el aborto en 7%. En comparación, en el año 2012, las principales causas directas registradas fueron hemorragia en 40,2%; HIE en 32%; aborto en 17,5% e infecciones relacionada al embarazo en 4,1%.

Tabla 1. Evolución de la razón de mortalidad materna en el Perú según región, zona y quintil de pobreza 2002-2011

| | 2002-2006 | 2007-2011 |
|---------------------------|-----------|-----------|
| Región | | |
| Costa | 59,5 | 56,4 |
| Sierra | 138,7 | 152,6 |
| Selva | 183,0 | 137,5 |
| Zona | | |
| Urbana | 76,9 | 70,0 |
| Rural | 192,1 | 161,5 |
| Quintil de pobreza | | |
| I | 241,7 | 188,7 |
| II | 299,2 | 169,3 |
| III | 284,6 | 145,5 |
| IV | 154,2 | 104,0 |
| V | 17,6 | 58,5 |

Tabla 2. Principales causas de muerte materna por regiones naturales, Perú 2002-2011

| Región | Hemorragia | HIE | Aborto | Infección |
|--------|------------|-------|--------|-----------|
| Costa | 21,8% | 38,4% | 11,9% | 2,0% |
| Sierra | 51,6% | 20,8% | 8,2% | 0,6% |
| Selva | 38,4% | 19,3% | 9,9% | 0,8% |

HIE: hipertensión inducida por el embarazo

Fuente: DGE- MINSA- UNFPA

Las principales causas de muerte directa según regiones naturales entre los años 2002-2011 fueron: la hemorragia, que ocupa el primer lugar en la sierra y en la selva con el 51,6 y 38,4% respectivamente, y la HIE que es más frecuente en la costa con el 38,4% (Tabla 2).

Según causa directa por quintiles de pobreza 2002-2011, en el quintil I o más pobre, la primera causa fue la hemorragia con un 54,6% y en el quintil menos pobre o V fue la HIE con 26,5%. La hemorragia como causa de muerte se relacionó directamente con el parto domiciliario y sus complicaciones como son retención de placenta y atonía uterina.

Es preocupante el incremento de aborto como causa de muerte materna, asunto que requiere un análisis más profundo. Podría haberse mejorado la identificación de estos casos no registrándolos como hemorragia o infección, o podría tener relación con los embarazos no planificados, la violencia basada en género, así como el acceso limitado a la planificación familiar y a la anticoncepción de emergencia por algunos grupos poblacionales.

Del total de muertes maternas en el año 2000, la mortalidad en adolescentes de 10 a 19 años de edad representó el 13%, y para el 2012 en adolescentes de 12 a 17 años de edad el 9,6%, donde la primera causa de muerte materna directa es la HIE seguida del aborto, la hemorragia, y la infección. Con respecto a la mortalidad materna indirecta, el primer lugar lo ocupa el suicidio, que se incrementó de 39% en el 2010 a 44% en el 2012.

Las muertes maternas de causa indirecta se han ido incrementando de 18% en el año 2000 a 29,4% en el 2012. Hay que mencionar que dentro de las causas indirectas en los últimos años se ha incluido al suicidio, que cada año se incrementa, más aun en las adolescentes.

ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD

Uno de los métodos utilizados por la multicausalidad de la mortalidad materna es el descrito por la doctora Deborah Maine. El modelo se basa en el supuesto que para reducir la mortalidad materna no es suficiente que los servicios de salud funcionen eficientemente ya que las mujeres enfrentan una serie de retrasos para poder acceder a ellos y utilizarlos. Para el país consideramos cuatro tiempos de demora ⁽⁹⁾:

1. Demora en reconocer el problema;
2. Demora en tomar la decisión de buscar ayuda;
3. Demora en llegar al establecimiento de salud;
4. Demora en recibir el tratamiento adecuado.

De los casos de muerte materna, el 68% tuvieron atención prenatal para el año 2000, y 73% para el año 2011. Si bien se observa que las mujeres que fallecieron habían accedido a los servicios de salud para la atención prenatal, en un alto porcentaje entre el 39,3% (2012) y 52% (2010) la atención fue realizada en un puesto de salud y, lo más probable, por un técnico sanitario.

En el 2011 el 50% de las mujeres que fallecieron no habían usado un método anticonceptivo, de allí la importancia de incrementar el acceso a los servicios de planificación, y de ampliar la gama de anticonceptivos.

La mortalidad materna en el 2000 ocurría en el domicilio en 53% de los casos, y en un establecimiento de salud en el 41%; probablemente llegaban muy tarde a los establecimientos de salud o no se contaba con una capacidad de respuesta adecuada para resolver las complicaciones. Para el 2012 se observó un incremento de la mortalidad materna en los establecimientos de salud con un 63,9%, mientras que en el domicilio se redujo a 22%, y durante el trayecto al establecimiento ocurrió en 12,5%.

El parto institucional a nivel nacional se incrementó de 57,9% en el año 2000 a 85,8% para el año 2012. Es más notable el incremento del parto institucional en la zona rural de 23,8% en el año 2000 a 68,6% para el año 2012 (ENDES 2012) ⁽¹⁰⁾, cifra que nos indica que se ha mejorado el acceso a los servicios de salud con la implementación de estrategias como el mejoramiento de la capacidad resolutoria (aunque aún es insuficiente); la adecuación cultural de los servicios de salud, como es la atención del parto vertical; las casas de espera materna, y el seguro integral de salud.

Si bien se ha incrementado el parto institucional en las zonas rurales, aún hay un 33% de mujeres que son atendidas en sus casas por parteras o familiares por diversas causas tales como que el domicilio queda muy lejos del establecimiento de salud, que estos centros no se han adaptado a su cultura, o son vistos como lugares donde no se trata con calidad a las mujeres.

COMPROMISOS ASUMIDOS EN LA LUCHA CONTRA LA MORTALIDAD MATERNA

El Perú se ha sumado a los distintos compromisos internacionales que han señalado la reducción de la mortalidad materna como un meta clave del desarrollo, entre los que cabe señalar la Iniciativa de la Maternidad Segura, Nairobi (1987); la Conferencia Internacional sobre

Población y Desarrollo (1994); la Cuarta Conferencia sobre la Mujer (1995), y la Cumbre del Milenio celebrada el año 2000, donde los estados miembros de las naciones unidas acordaron los Objetivos de Desarrollo del Milenio, en los que se exhorta a reducir en tres cuartas partes las tasas de mortalidad derivada de la maternidad antes del año 2015 ⁽⁴⁾.

La mortalidad materna es parte de la agenda pendiente de la salud pública en el Perú, por lo que el Ministerio de Salud en los últimos años ha implementado diversos planes. En el año 1996 implementó el Plan de Emergencia para la Reducción de la Muerte Materna. Posteriormente, en 1998, se puso en marcha el Plan Nacional de Acción para la Reducción de la Mortalidad Materna y Perinatal para el periodo 1998-2001. En ese mismo año se consideró indispensable crear los "Comités de Estudio de la Mortalidad Materna y Perinatal", iniciativa que luego pasó a constituir los "Comités de Prevención de la Mortalidad Materna y Perinatal". En 1999, el MINSA implementó el "Plan de Contingencia para la Reducción de la Mortalidad Materna". Desde el año 2008 se viene implementando el presupuesto por resultados a través del Programa Presupuestal de Salud Materno-Neonatal, con el diseño de intervenciones, orientadas a la generación de resultados en la mejora de la salud materna y neonatal.

En el 2009 se aprueba el Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materna y Perinatal 2009-2015 y es en estos últimos años que el Ministerio de Salud del Perú en el marco de los derechos humanos (incluyendo los derechos sexuales y reproductivos), con enfoque de género e interculturalidad, redobla esfuerzos para mejorar la oferta integral de servicios y satisfacer la demanda de la población en los diferentes aspectos de la salud sexual y reproductiva; asimismo, ha desarrollado estrategias para reducir las barreras de acceso de las gestantes a los servicios de salud, principalmente referidas a las barreras económicas y culturales, lo que, si bien es cierto, ha permitido reducir la mortalidad materna, aún no es suficiente.

CONCLUSIONES

Si bien se evidencia que las razones de mortalidad materna han disminuido durante los años 2000 a 2012, esta disminución no ha sido igual en todas las regiones del país. Así mismo, las causas directas se mantienen, pero en diferentes porcentajes por regiones naturales, donde la hemorragia es la primera causa de mortalidad materna.

La cobertura de atención se ha incrementado pero aún es necesario mejorar la capacidad de respuesta oportuna y de calidad de los servicios de salud. Este incremento del acceso a los servicios se ha debido al aseguramiento en salud pero aún las poblaciones excluidas no tienen llegada o desconocen cómo afiliarse a este servicio. Es necesario dotar a todos los establecimientos de salud del país de la capacidad resolutoria adecuada y del recurso humano en cantidad suficiente, con competencias y comprometidos.

Un aspecto preocupante para nuestro país es el embarazo en las adolescentes, las cuales mantienen elevados índices de fecundidad, poco acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva y a los métodos anticonceptivos, motivos que conllevan a que las adolescentes tengan un riesgo elevado de morbilidad materna o muerte.

Para lograr una maternidad saludable, segura y voluntaria y cumplir con la meta del quinto Objetivo de Desarrollo del Milenio de llegar a una razón de muerte materna de 66 defunciones por cada 100 000 nacidos vivos, es necesario contar con políticas públicas en el marco de los derechos humanos, con enfoque de género e interculturalidad, buscando reducir la brecha de inequidad.

Fuentes de financiamiento: ninguna.

Conflictos de interés: la autora declara no tener conflictos de interés.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. United Nations, Department of Economics and Social Development, Population Division. World Population, 1992. New York: United Nations; 1992.
2. Abou Zahr C, Royston E. Maternal mortality: a global factbook: Geneva: World Health Organization; 1991.
3. WHO; UNICEF; UNFPA; The World Bank estimates. *Trends in maternal mortality: 1990 to 2010*. Geneva: World Health Organization; 2012.
4. Perú, Ministerio de Salud. *Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materna y Perinatal 2009-2015*. Lima: MINSA; 2009.
5. Perú, Instituto Nacional de Estadística e Informática. *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2000*. Lima: INEI; 2001.
6. Perú, Instituto Nacional de Estadística e Informática. *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2010*. Lima: INEI; 2011.
7. Perú, Ministerio de Salud, Dirección General de Epidemiología. *La mortalidad materna en el Perú*. Bol Epidemiol (Lima). 2012;21(52):892-6.
8. Perú, Ministerio de Salud, Dirección General de Epidemiología; United Nations Population Fund. *La mortalidad materna en el Perú 2002 - 2011*. Lima: MINSA; 2013.
9. Maine D, Akalin MZ, Ward VM, Kamara A. *Diseño y evaluación de programas para mortalidad materna*. New York: Centro para la Población y Salud Familiar, Facultad de Salud Pública, Universidad de Columbia; 1997.
10. Perú, Instituto Nacional de Estadística e Informática. *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2012*. Lima: INEI; 2012.

Correspondencia: Lucy del Carpio
Domicilio. Av. del Ejército 680 Miraflores
Teléfono: 998692578
Correo electrónico: ldelcarpioa@minsa.gob.pe