

La situación de la mortalidad materna en Argentina y el Objetivo de Desarrollo del Milenio 5

Mariana Romero¹, Edgardo Abalos², Silvina Ramos¹

¹ Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES)

² Centro Rosario de Estudios Perinatales (CREP)

1. Iniciativas mundiales y regionales
2. Inequidades en los riesgos
3. Tendencia estancada
4. Inequidades sociales
5. Causas evitables
6. Conclusiones

“[...] la Organización Mundial de la Salud ha calculado que más de 1,500¹ mujeres y niñas mueren cada día como resultado de complicaciones prevenibles que ocurren antes, durante y después del embarazo y parto; y que, a nivel global, la mortalidad materna es la principal causa de muerte en mujeres y niñas en edad reproductiva [...] la mayoría de los casos de mortalidad y morbilidad maternas son prevenibles; y que la mortalidad y la morbilidad maternas prevenibles son retos para la salud, el desarrollo y los derechos humanos, lo cual también requiere de la promoción y protección efectiva de los derechos humanos de mujeres y niñas, en especial su derecho a la vida, a ser iguales en dignidad, a la educación, a tener libertad de buscar, recibir e impartir información, a gozar de los beneficios del avance científico, a vivir libres de discriminación y a gozar del más alto nivel posible de salud física y mental, incluida la salud sexual y reproductiva [...]”.

*Asamblea General Naciones Unidas.
Consejo de Derechos Humanos, 2009.*

Hojas Informativas OSSyR es una serie monográfica periódica de distribución gratuita del Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva.
ISSN: 1 853-0133
OSSyR
Sánchez de Bustamante 27 (C1173AAA)
Ciudad Autónoma de Buenos Aires - Argentina
<http://www.ossyr.org.ar>

Las nuevas estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) indican que se han observado progresos considerables en la disminución de las muertes maternas¹ a escala global entre 1990 y 2010. Aun así, los avances para alcanzar la meta propuesta en el Objetivo del Milenio 5 (ODM 5) de reducir las muertes maternas en $\frac{3}{4}$ partes para 2015 han sido lentos y dispares, y algunos países estarán muy lejos de la meta comprometida.

En el ámbito mundial, el número total de muertes maternas descendió de 543.000 en 1990 a 287.000 en 2010, lo que significa una disminución de la razón de mortalidad materna (RMM)ⁱⁱ de 400 a 210 muertes maternas por 100.000 nacidos vivos. Sin embargo, las muertes de las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio persisten como problema de salud pública y de derechos humanos, y son un trazador infalible de inequidad entre los países desarrollados y en desarrollo: 99% de esas muertes ocurren en estos últimos, la mayoría en África Subsahariana y Asia (World Health Organization, 2012).

Diversos factores han contribuido a la disminución de las muertes maternas, tales como el mejoramiento de los sistemas de salud en general y el aumento de la escolaridad de las mujeres. El monitoreo de los indicadores del ODM 5 muestra que la accesibilidad a los servicios de salud, la proporción de partos atendidos por personal calificado y la proporción de mujeres en edad fértil que usan algún método anticonceptivo han registrado mejoras significativas. Sin embargo, según la OMS, dados los diferentes contextos resulta complejo explicar por qué algunos países han logrado mayores reducciones que otros, o comprender las razones por las que algunos están lejos de alcanzar la disminución esperada (World Health Organization, 2012).

En esta hoja informativa se presentan las estimaciones y los datos más recientes sobre mortalidad materna en el ámbito regional y nacional así como la situación en las jurisdicciones de la Argentina. Se espera continuar contribuyendo a un diagnóstico más ajustado del problema de la mortalidad materna y al debate social imprescindible sobre este tema.

i Muerte materna: es la muerte de una mujer durante el embarazo o en los 42 días posteriores a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y localización del embarazo, por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo o su atención pero no por causas accidentales o incidentales. Clasificación Internacional de Enfermedades 10^{ma} edición, citado en World Health Organization, 2012.

ii Razón de mortalidad materna: se define como el número de muertes maternas en un período dado, dividida por el número de nacidos vivos en ese mismo período. Indica el riesgo de muerte materna en relación con el número de nacimientos (World Health Organization, 2007).

1. Iniciativas mundiales y regionales

Ante la preocupación por el rezago observado para alcanzar la meta del ODM 5 en los últimos cinco años se crearon una iniciativa mundial y otra regional para impulsar objetivos y actividades e identificar un conjunto de indicadores de seguimiento anual que permite estandarizar la información y la rendición de cuentas acerca del progreso logrado. La Estrategia Mundial de Salud de las Mujeres y los Niños creó una Comisión de información y rendición de cuentas sobre la salud materno infantil con el fin de establecer mecanismos de rendición de cuentas efectivos, transparentes e inclusivos para todas las partes interesadas (Naciones Unidas, 2010). La Comisión propone diez recomendaciones específicas, medibles, alcanzables y con límites de tiempo para implementar el marco de rendición de cuentas y el monitoreo de once indicadores de salud (http://www.who.int/pmnch/media/membernews/2011/20110620_commission_on_accountability/en/index.html).

El Plan de acción de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) para acelerar la reducción de la mortalidad y la morbilidad materna grave se propone intensificar las intervenciones clave de eficacia comprobada orientadas a reducir la morbimortalidad materna en cuatro áreas estratégicas: a) prevención de embarazos no deseados y de las complicaciones derivadas de ellos; b) acceso universal a servicios de maternidad asequibles y de calidad dentro del sistema coordinado de atención de salud; c) recursos humanos calificados; y d) información estratégica para la acción y la rendición de cuentas (Organización Panamericana de la Salud, 2011).

En el caso de la Iniciativa Mundial, de los once indicadores de salud, la Argentina sólo dispone de información para seis. No se cuenta con información sobre asignación y gasto para la atención sanitaria total por fuente financiera y per cápita, y gasto total relativo a la salud reproductiva, materna, del recién nacido y del niño por fuente financiera y per cápita. El Plan de acción de OPS propone la recolección de 87 indicadores de los que sólo es posible reunir información sobre 23 para el país (para mayor información ver: <http://www.ossyr.org.ar/sala/index.html>).

En 2009, el Ministerio de Salud de la Nación lanzó el Plan Nacional de Reducción de la Mortalidad Materno Infantil, de las Mujeres y de las Adolescentes con el fin de cumplir con los compromisos asumidos con los Objetivos de Desarrollo del Milenio y las metas del Plan Federal de Salud (Ministerio de Salud de la Nación, 2010). Los objetivos generales del Plan son: a) la reducción de la mortalidad infantil, en sus componentes neonatal y posneonatal; b) la reducción de la mortalidad materna por todas sus causas, y específicamente la producida por el embarazo y aborto adolescente; y c) la disminución de la incidencia y mortalidad por cáncer cervicouterino.

En el año 2012 se realizó una evaluación de medio término en ocho provincias que han adherido al Plan y firmado compromisos: Chaco, Entre Ríos, Formosa, Jujuy, La Rioja, Misiones, Santiago del Estero y conurbano de la provincia de Buenos Aires. Otras dos provincias, Catamarca y San Luis, adhirieron a plan con posterioridad a esta evaluación. Según la misma, se han implementado numerosas intervenciones con efectividad y cobertura adecuadas, aunque también se reportan debilidades en la capacidad de gestión y conducción de las Unidades Ejecutoras Provinciales y en la obtención de información. Los resultados en términos de reducción de mortalidad materna no pueden evaluarse dado el escaso tiempo de implementación transcurrido. Además, se reconoce que hay dificultades con los sistemas de información que impiden la adecuada toma de decisiones sobre la base de indicadores intermedios (Ministerio de Salud, 2012).

2. Inequidades en los riesgos

Cuadro 1
Estimaciones del número de muertes maternas, la razón de mortalidad materna por 100.000 nacidos vivos y porcentaje de cambio de la razón entre 1990 y 2015. Regiones seleccionadas, 2010

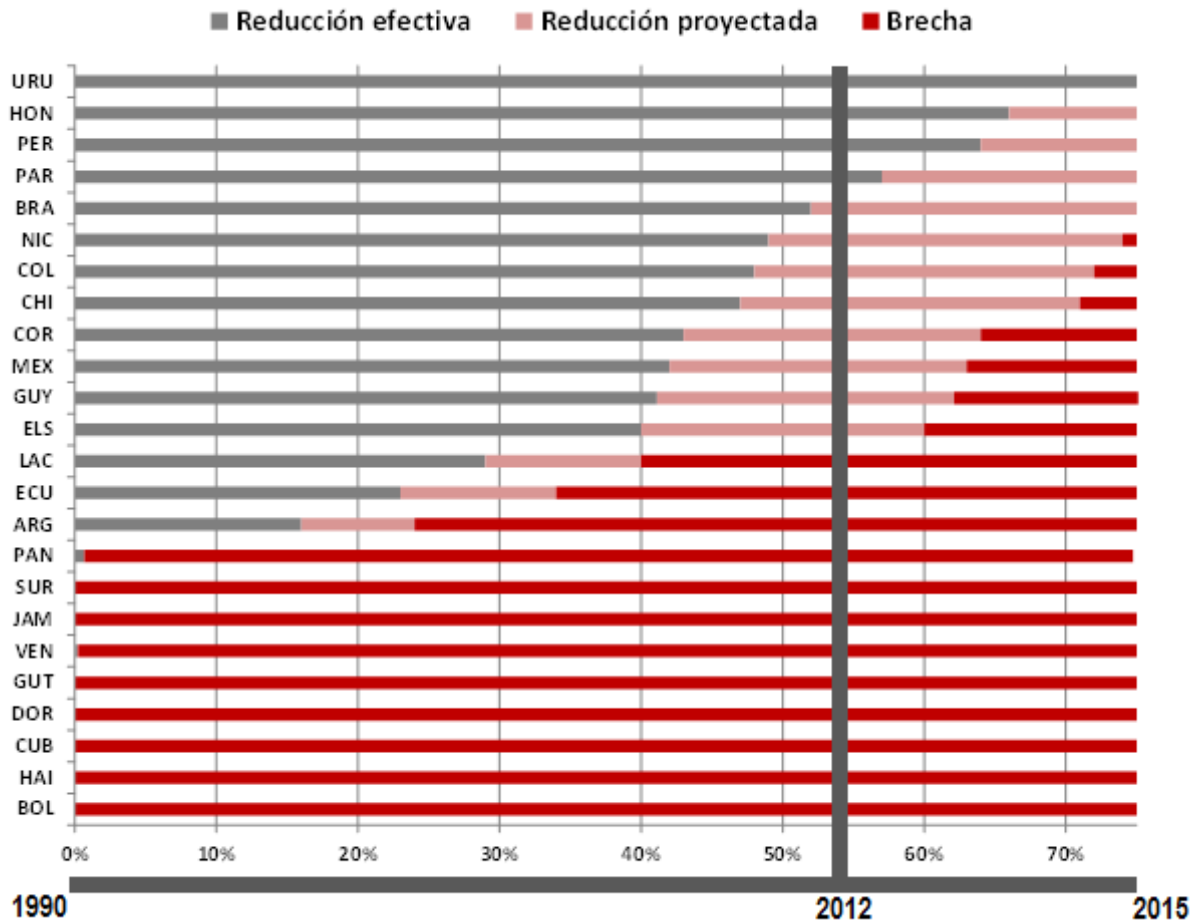
	N° de muertes maternas	Razón de MM (x 100.000 nacidos vivos)	% de cambio en la razón de MM entre 1990 y 2010
Mundo	287.000	210	-47
Países desarrollados	2.200	16	-39
Países en desarrollo	284.000	240	-47
América Latina	7.400	72	-43
Caribe	1.400	190	-30
Argentina	530*	77*	+9
Brasil	1.700	56	-51
Chile	61	25	-56

Nota: *las estimaciones de la OMS no coinciden con los datos publicados por el Ministerio de Salud de la Nación para el mismo período. Si bien estas estimaciones consideran que Argentina está dentro de los países del grupo A (países con registros vitales completos y buena clasificación de las causas de muerte), la OMS aplica un factor de corrección de 1,5 para ajustar el subregistro, debido a una potencial mala clasificación de las causas de muerte (World Health Organization, 2012).

Fuente: Tabla 3 y Anexo 2 (World Health Organization, 2012).

- Las estimaciones de la OMS indican que las mujeres en los países en desarrollo enfrentan riesgos desproporcionadamente altos de morir durante el embarazo, el parto o el puerperio, inequívoca muestra de la inequidad a la que están expuestas durante su período reproductivo: la RMM es 15 veces mayor en los países en desarrollo que en los países desarrollados.

Gráfico 1 Reducción porcentual de la mortalidad materna 1990-2010 y proyectada hasta 2015 para América latina y el Caribe (LAC) y 23 países



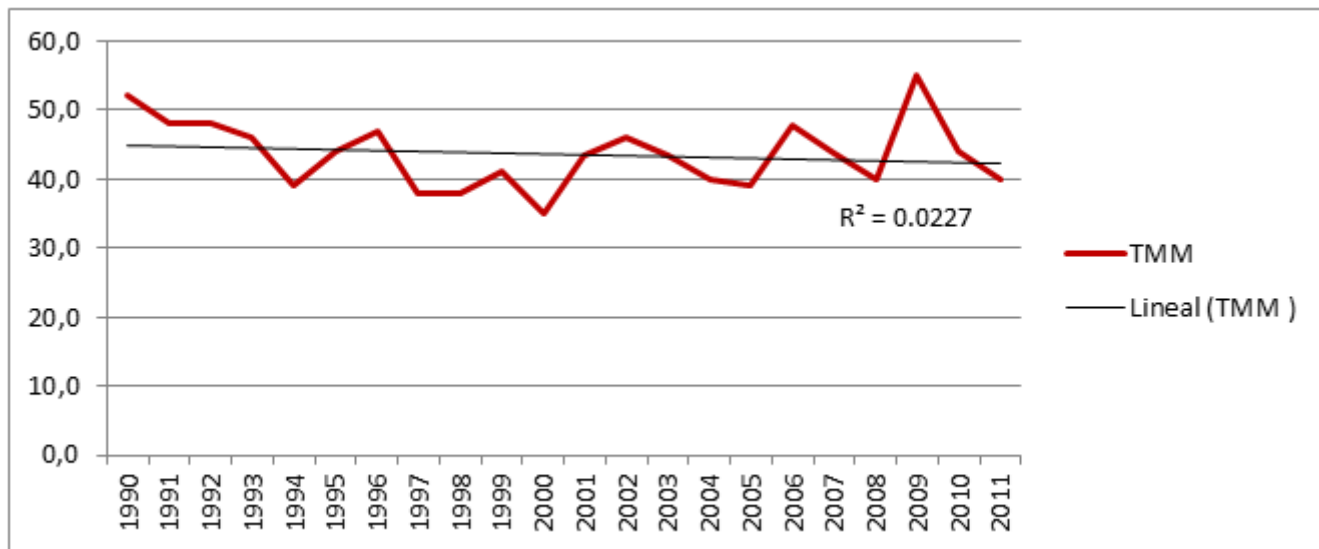
Datos de Bolivia, Haití y Nicaragua fueron obtenidos de los Ministerios de Salud.
Fuente: Datos Básicos OPS/OMS - construcción CLAP/SMR 2012.

- Luego de acordados los ODM en el año 2000, la mortalidad materna disminuyó considerablemente en el mundo entre 1990 (año considerado como base de la medición) y 2010. Según estimaciones y datos oficiales de los países de América latina, esa reducción es del orden del 43 o 29% según OMS y OPS respectivamente (Organización Panamericana de la Salud, 2011; World Health Organization, 2012). Cualquiera sea la estimación que se considere, el descenso no permitirá a la región de las Américas alcanzar el ODM 5 para el año 2015.
- Uruguay ya alcanzó la meta comprometida. Es muy probable que otros cuatro países (Brasil, Honduras, Paraguay y Perú) alcancen el descenso prometido para el año 2015, mientras que Chile, Colombia y Nicaragua posiblemente lleguen a reducciones cercanas al 70%, de mantenerse las tendencias actuales.
- Ocho países (Bolivia, Cuba, Guatemala, Haití, Jamaica, República Dominicana, Surinam y Venezuela) no han evidenciado reducciones de las muertes maternas durante los últimos veinte años, situación similar a la de Argentina, Ecuador y Panamá los que, si bien han logrado un leve descenso, se encuentran muy lejos de los demás países de la región.

3. Tendencia estancada

- En la Argentina, 300 mujeres fallecen anualmente por causas relacionadas con el aborto inseguro, el embarazo, el parto y el puerperio. Son mujeres jóvenes -en su mayoría sanas- cuyas muertes podrían evitarse. Los datos de 2011 confirman que la tendencia de la RMM en el país se asemeja a una meseta, lo que confirma una vez más que la situación de la mortalidad materna no ha variado significativamente en los últimos veinte años.

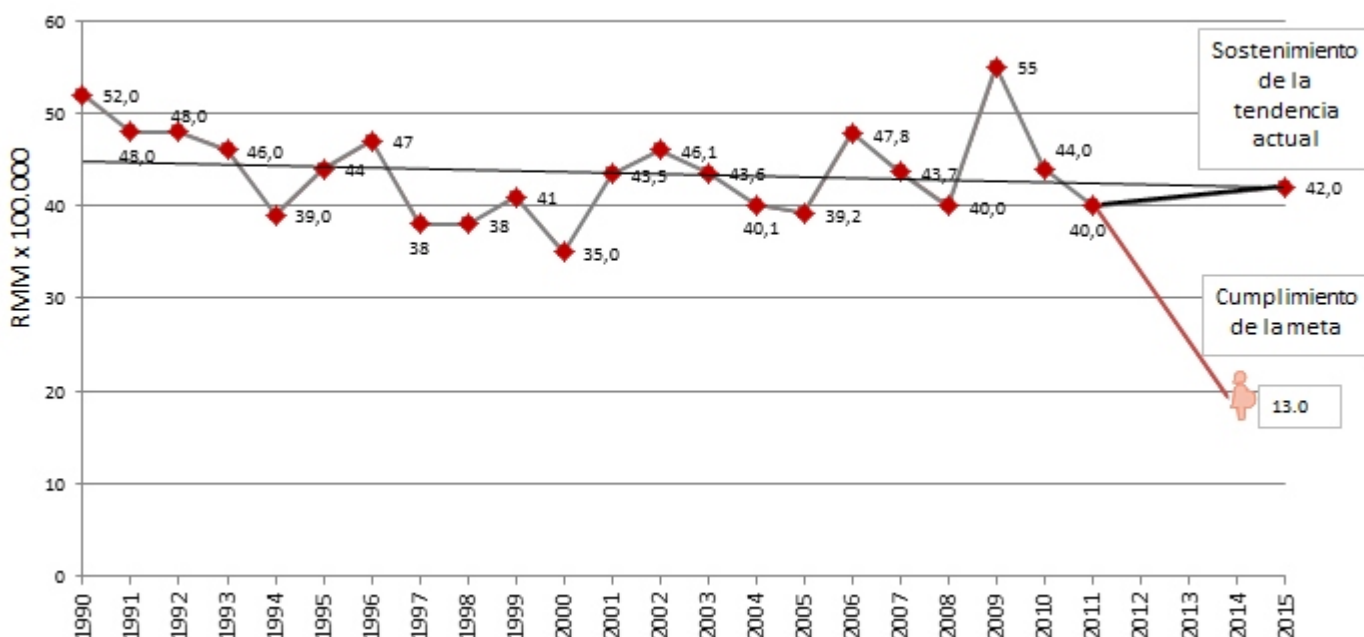
Gráfico 2 Evolución de la razón de mortalidad materna. Argentina, 1990-2011



Fuente: Elaboración propia sobre la base de datos del Ministerio de Salud de la Nación (2012).

- A escala global se estimó que era necesario un descenso de la RMM del 5,5% anual para alcanzar la meta comprometida en el ODM 5.
- Para poder cumplir con la meta propuesta, la Argentina hubiera requerido un descenso anual del 5,4% que le permita llegar a la RMM comprometida de 13 x 100.000 nv en 2015. Si se hubiera cumplido este ritmo de descenso, la RMM debió haber llegado a 16,2 x 100.000 nv en 2011. Sin embargo, según la información recientemente publicada por la Dirección Nacional de Estadísticas e Información en Salud (DEIS), la misma fue de 40 x 100.000 nv, 2½ veces superior al nivel esperado.
- Dada la tendencia observada en los últimos veintiún años, con el fin de alcanzar la meta de reducción comprometida para el año 2015, la RMM deberá descender a un ritmo del 16,9% anual durante el período que resta (ritmo de descenso tres veces mayor que el 5,4% originalmente estimado).
- De continuar el ritmo de descenso observado hasta el presente, la RMM para el año 2015 será del 42,6 x 100.000 nv (3,3 veces superior a la meta comprometida). Esto equivale una reducción del 18% en veinticinco años, en lugar del 75% comprometido ante los 193 Estados Miembros de Naciones Unidas.

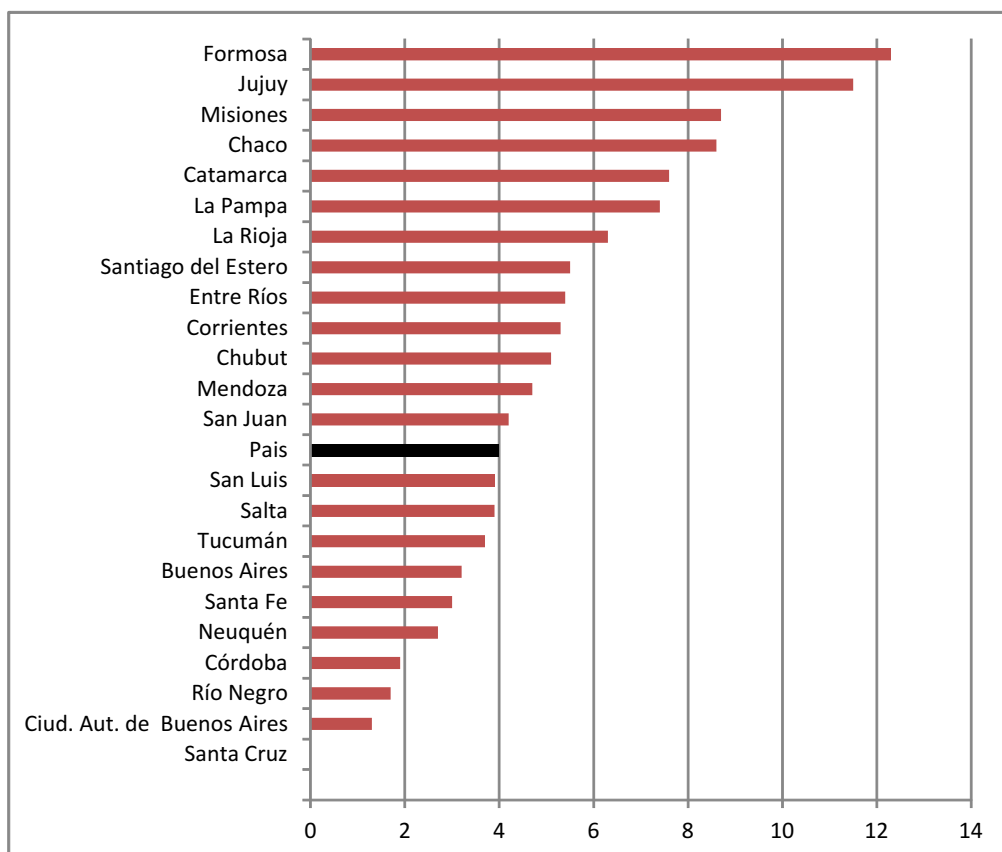
Gráfico 3 Tendencia de la razón de mortalidad materna por 100.000 nv y meta propuesta para alcanzar el ODM 5. Argentina, 1990-2015



Fuente: OSSyR sobre la base de datos de la DEIS. Ministerio de Salud de la Nación, 2012.

4. Inequidades sociales

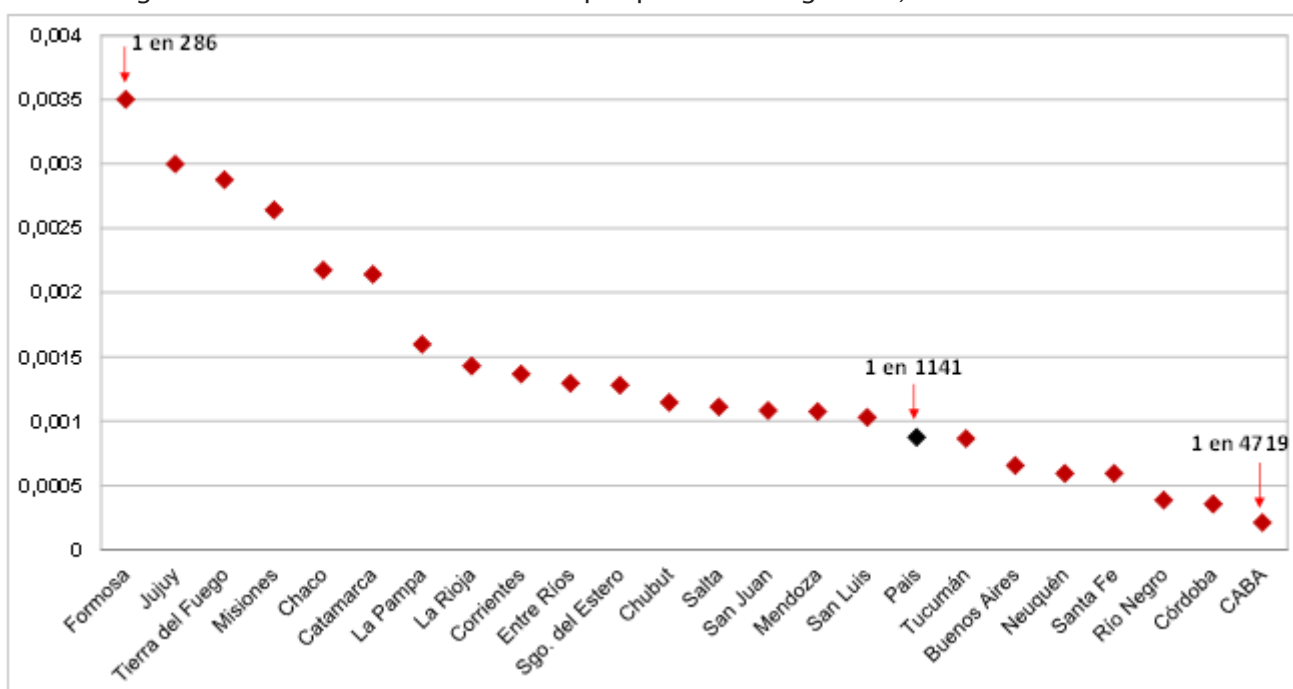
Gráfico 4 Razón de mortalidad materna por 10.000 nacidos vivos según provincia de residencia habitual de la mujer. Argentina, 2011



Fuente: Elaboración propia sobre la base de datos del Ministerio de Salud de la Nación (2012).

- Las RMM por provincia muestran grandes disparidades, producto de las inequidades en el acceso a servicios, la disponibilidad de recursos humanos y físicos adecuados y la calidad de la atención.
- Más de la mitad de las provincias (13 de 24) superan la RMM nacional y 4 llegan a duplicarla o triplicarla (Chaco, Formosa, Jujuy y Misiones). Esto indica un riesgo desproporcionado para las mujeres que viven en diferentes jurisdicciones.
- Algunas provincias del NEA y NOA tienen RMM similares a la de los países de alta mortalidad materna de América latina: Formosa tiene un nivel similar al de República Dominicana; y Jujuy se asemeja a Paraguay.
- Las provincias de Buenos Aires, Córdoba y Neuquén han logrado descensos sostenidos en los últimos dos años y su situación actual, junto a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Río Negro, Santa Cruz y Santa Fe, es comparable a la de los países de menor mortalidad materna de la región (World Health Organization, 2012; Ministerio de Salud, 2012).

Gráfico 5 Riesgo acumulado de muerte materna por provincia. Argentina, 2011

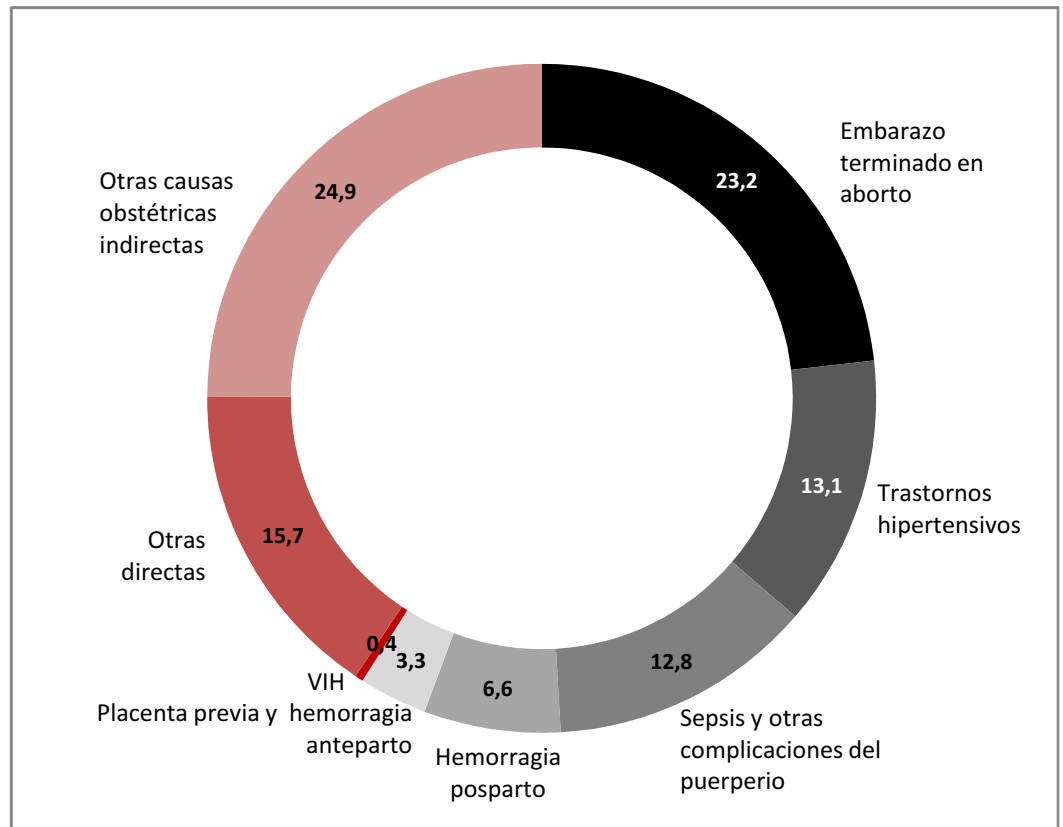


Fuente: elaboración propia sobre la base de datos de Ministerio de Salud de la Nación (2012) e INDEC.

- El riesgo acumuladoⁱⁱⁱ confirma la fuerte desigualdad que existe en las muertes maternas en la Argentina: las mujeres de Formosa y Jujuy tienen 16 y 14 veces más riesgo de morir a lo largo de su vida reproductiva por causas relacionadas con el embarazo, el parto y el puerperio que las mujeres que residen en la Ciudad de Buenos Aires.

5. Causas evitables

Gráfico 6 Estructura de causas de las muertes maternas, quinquenio 2007-2011, Argentina

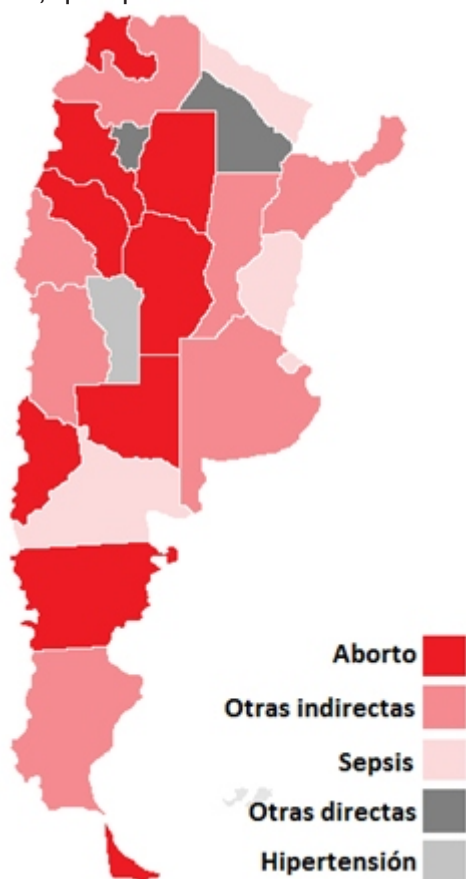


Fuente: Elaboración propia sobre la base de datos provistos por la Dirección de Estadísticas e Información de Salud.

- La estructura de causas de las muertes maternas ha variado poco en las últimas dos décadas. Las complicaciones relacionadas con el aborto inseguro continúan como primera causa obstétrica directa. El peso proporcional de las muertes por aborto tiene relación con el 60% de embarazos no planificados reportados por el Ministerio de Salud (Ministerio de Salud de la Nación, 2010).
- Alrededor del 95% de la mortalidad materna en América latina y el Caribe puede prevenirse con los conocimientos que tienen los países hoy en día. Las causas más frecuentes son hipertensión inducida por el embarazo (26%), hemorragia (21%), complicaciones relacionadas con el aborto en condiciones peligrosas (13%), trabajo de parto obstruido (12%), sepsis (8%), y otras causas directas (15%) (Organización Panamericana de la Salud, 2011).
- Muchas muertes maternas surgen de embarazos no deseados y de las barreras en el acceso a los métodos anticonceptivos; esto puede observarse en el elevado porcentaje de necesidades insatisfechas respecto de métodos anticonceptivos que oscila entre 20 y 40% para la población general, porcentaje que es más alto entre los adolescentes (Organización Panamericana de la Salud, 2012).
- En casi todos los países de América latina, la legislación restrictiva sobre el aborto trae como consecuencia que las mujeres interrumpen sus embarazos en la clandestinidad y, por lo tanto, la mayoría de las veces, en condiciones inseguras. Por sobre esto, enfrentan barreras de diverso tipo para acceder a los abortos permitidos por la ley. La tasa de aborto en condiciones de riesgo en América latina y el Caribe es de 31 por 1.000 mujeres de 15 a 44 años en contraste con el 22 por 1.000 en el resto del mundo. La RMM debida al aborto en condiciones de riesgo es tres veces mayor en América latina y el Caribe que en las regiones desarrolladas: 10 en comparación con 3 por 100.000 nacidos vivos, respectivamente (World Health Organization, 2011).

ⁱⁱⁱ Riesgo acumulado de muerte materna: es la probabilidad de morir por causas maternas a lo largo de la vida reproductiva (World Health Organization, 2007).

Gráfico 7 Primera causa de muerte materna por provincia, quinquenio 2007-2011



Fuente: Elaboración propia sobre la base de datos provistos por la Dirección de Estadísticas e Información de Salud.

- El aborto es la primera causa individual de muerte en 17 de los 24 distritos del país.
- Si bien es la primera causa obstétrica directa en 9 provincias argentinas, en otras ocho (con excepción de Corrientes y Santa Fe) en donde la primera causa son las “otras obstétricas indirectas”, el aborto es la segunda causa de muerte.
- En las dos provincias donde la primer causa de muerte son las “otras obstétricas directas”, el aborto sigue siendo la segunda causa.

6. Conclusiones

La mortalidad materna es un viejo problema de salud pública en la Argentina porque en 20 años su nivel no ha descendido significativamente y las inequidades entre provincias siguen siendo alarmantes. La estructura de causas tampoco ha variado mucho. Las complicaciones de abortos inseguros se mantienen en primer lugar como causa directa, un problema sobre el que es necesario actuar. Las causas indirectas están aumentando proporcionalmente en los últimos años, un nuevo fenómeno que es necesario estudiar.

Llevamos muchos años de estancamiento a pesar de las inversiones hechas y los compromisos asumidos. El más reciente es el Plan para la Reducción de la Mortalidad Materno Infantil, de la Mujer y de la Adolescente lanzado en el 2009 pero que hasta el momento no ha mostrado impactos positivos contundentes.

Como es ampliamente aceptado en el mundo, la producción de información, su forma de presentación y el tipo de análisis que se aplica son clave para monitorear el progreso, identificar problemas y evaluar soluciones.

La experiencia internacional y regional nos ofrece muchas lecciones para aprender y las iniciativas global y regional que se han lanzado hace un par de años nos ofrecen directrices de política claras, indicadores de seguimiento y resultados, y enfatizan la importancia de la rendición de cuentas.

La Argentina debe revisar su situación con mirada crítica, alcanzar acuerdos básicos y sostenidos entre las provincias y la Nación, y generar un liderazgo técnico y político que legitime la coordinación de todos los esfuerzos que en los diversos niveles del sistema de salud son necesarios y que esté en condiciones de rendir cuentas a la sociedad.

Como no hay ninguna razón atendible para que las muertes maternas no se puedan reducir en el país en el corto plazo, esta Hoja Informativa propone motivar nuevos compromisos para ello.

Referencias bibliográficas

World Health Organization. Trends in maternal mortality: 1990 to 2010, 2012. Disponible en: http://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/Full_Report_3984.pdf

Naciones Unidas. Estrategia mundial para la salud de la mujer y el niño del Secretario General Ban Ki-moon. Nueva York: Naciones Unidas 22 de septiembre de 2010. Disponible en: <http://www.un.org/spanish/sg/pdf/Global%20StrategySP.pdf>

Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción para acelerar la reducción de la mortalidad materna y la morbilidad materna grave: estrategia de monitoreo y evaluación. Montevideo: CLAP/SMR, 2012 (CLAP/SMR. Publicación Científica; 1593). Disponible en: http://new.paho.org/clap/index.php?option=com_content&task=view&id=173&Itemid=1

Organización Panamericana de la Salud. Indicadores básicos 2010: situación de salud en las Américas: indicadores básicos 2010 [Internet]. Washington (DC), Estados Unidos: OPS, 2011. Disponible en: http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=9048&Itemid=

Ministerio de Salud de la Nación. Plan para la reducción de la mortalidad materno infantil, de las mujeres y de las adolescentes. Plan operativo. Buenos Aires, 2009. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/plan-reduccion-mortalidad/descargas/plan-operativo-reimpresion-junio2010.pdf>

Ministerio de Salud de la Nación. Informe: Implementación del Plan Operativo para la Reducción de la Mortalidad Materno Infantil, de la Mujer y de la Adolescente en Argentina, 2009-2011 Evaluación de medio término. Buenos Aires, 2012. Edición on line. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/plan-reduccion-mortalidad/descargas/Implementacion-Plan-Operativo-Reduccion-Mortalidad-%20Arg2009-2011.pdf>

Dirección de Estadísticas e Información de Salud. Estadísticas Vitales. Información básica Año 2011. Serie 5 No 55. Ministerio de Salud, Buenos Aires, 2012. Disponible en: <http://www.deis.gov.ar/Publicaciones/Archivos/Serie5Nro55.pdf>

World Health Organization. Unsafe abortion: global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008. -- 6th ed. Geneva, 2011. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501118_eng.pdf

World Health Organization: Maternal mortality in 2005: estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA, and the World Bank, Ginebra, 2007. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241596213_eng.pdf

Desde el OSSyR esperamos facilitar el acceso a información y herramientas de calidad a quienes toman decisiones de salud pública. El propósito es contribuir a la reducción de las muertes maternas en el menor plazo posible, en cumplimiento de las metas comprometidas, fundamentalmente para evitar muertes prevenibles e injustas. Este es el compromiso que hemos asumido con las mujeres de nuestro país.

www.ossyr.org.ar