

Aspectos sociales de la mortalidad materna. Estudio de caso en el Estado de México

Miguel Ángel Karam Calderón, Patricia Bustamante Montes, Martha Campuzano González y Ángela Camarena Pliego

*El niño sin padre es un barco que navega sin timón;
sin madre, la situación es mucho peor: es el naufragio*
Proverbio tailandés

Resumen

En la actualidad, se cuenta con evidencia de que las muertes maternas son el resultado de un conjunto de problemas sociales, económicos, biológicos y logísticos de los servicios de salud, sin embargo, el enfoque para tratar de resolverlo continúa siendo básicamente médico.

En este estudio se analizaron algunos de los determinantes sociales de los casos de muerte materna ocurridos del 2004 al 2006 en el Estado de México, a partir del análisis de los expedientes clínicos y de las autopsias verbales. En los resultados, las causas médicas de muerte maternal fueron muy similares a las reportadas en estudios previos, es decir, el 80% son debidas a “causas directas”, conjuntamente: los bajos nivel socio-económicos en que se encontraban las mujeres que fallecieron son un determinante fundamental, dado que limitan el acceso a la educación, a fuentes de ingreso, a una buena alimentación y a servicios médicos asistenciales, entre otros aspectos, lo cual repercute en la capacidad de decisión de las mujer con respecto a su salud.

Se requiere considerar que cuando una mujer joven se embaraza marca, entre otras cosas, el inicio de una responsabilidad económica y social a largo plazo para la cual estas mujeres cuentan con pocos recursos, lo que, aunado a las limitadas oportunidades laborales, que con el embarazo se limitan todavía más, favorece un círculo vicioso cada vez más arraigado de pobreza.

*Miguel Ángel Karam Calderón**
(zanoniangel@yahoo.com), *L. Patricia Bustamante Montes**, *Martha Campuzano González** y *Ángela Camarena Pliego*, *Centro de Investigación y Estudios Avanzados en Salud Pública; Facultad de Medicina, Universidad Autónoma del Estado de México

Introducción

Hasta las últimas dos décadas es que la muerte materna toma importancia en los esquemas de salud, en nuestro país y a nivel mundial. No obstante las repercusiones sociales, económicas y políticas que este hecho representa, el enfoque para tratar de resolverlo continúa siendo básicamente médico, es decir considerando las causas clínicas y sin tomar en cuenta otros determinantes que pueden estar vinculados, en particular, los de tipo social y económico.

En la actualidad se cuenta con evidencia de que las muertes maternas son el resultado de un conjunto de problemas sociales, económicos, biológicos y logísticos de los servicios de salud. Que muchas veces ocurren por la falta de acceso a los beneficios de la medicina moderna o por una aplicación deficiente de los conocimientos y tecnologías disponibles en el manejo del embarazo, del parto o del puerperio. Esta multiplicidad de factores de riesgo asociados a ellas no sólo complejizan las acciones del sector salud dirigidas a acabar con las muertes maternas, sino que, además, dificultan los resultados esperados.

Tal es el caso del Estado de México, que en los últimos tres años ha ocupado los primeros lugares de muerte materna en el país, a pesar de contar con buena infraestructura médica y de comunicación y de ser uno de los estados con mayores recursos económicos. Por ello, en este estudio se analizan algunos de los determinantes sociales de los casos de muerte materna ocurridos allí, del 2004 al 2006.

Con la intención de profundizar en el tema, se presentan los resultados de un trabajo de

investigación cuyo objetivo es contribuir al análisis de los factores sociales y económicos que se asocian a las muertes maternas que ocurrieron. Pretende establecer los perfiles sociodemográficos que predicen las causas más importantes de muertes maternas, para cumplir con este objetivo se analizaron los expedientes clínicos y las autopsias verbales del total de las defunciones maternas que ocurrieron en el periodo ya referido.

Antecedentes

La muerte materna es definida como “la muerte de una mujer durante la gestación, el parto o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del embarazo, debida a cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales”¹

Las causas que subyacen a una muerte materna son básicamente de carácter médico y se agrupan en “causas directas”, entre las que destacan la preeclampsia y la eclampsia, además de las hemorragias, abortos y las infecciones. El otro grupo de causas son las indirectas, que son producidas como resultado de una enfermedad preexistente o de una enfermedad que se desarrolló durante el embarazo, el parto o el puerperio, pero que fue agravada por la adaptación fisiológica materna del embarazo, como puede ser una diabetes o enfermedades cardíacas, pulmonares, etc.²

Desde el punto de vista médico, la enorme mayoría de estas causas pueden detectarse oportunamente y tratarse con eficacia. Por lo que dada la evitabilidad de las muertes maternas, éstas debieran ser consideradas, como ya algunos autores han referido, objeto de la máxima preocupación social, pues constituyen una expresión de desventaja de los sectores sociales de donde la madre proviene.

Además, la muerte materna representa una tragedia, pues implica que por cada mujer que muere, muchos más sufrirán una serie de consecuencias que tendrán repercusiones en el resto de su vida, entre otras, la pérdida de una mujer joven por causas que, en una enorme

mayoría de los casos pueden prevenirse; condena a la orfandad a niños pequeños y destruye una familia. Con frecuencia, entre sus repercusiones se cuenta el incremento en la morbi-mortalidad infantil, la deserción escolar, la desintegración de la familia y el ingreso prematuro de los hijos al mercado de trabajo. Otro componente de esta tragedia que representa la muerte materna es que esas mujeres no mueren como consecuencia de alguna enfermedad, sino durante el proceso normal de procreación de un ser humano.³

La mortalidad materna es considerada como un indicador de la inequidad y desigualdad en el ámbito social de la humanidad, así como de la situación que la mujer guarda en la sociedad y en cuanto al acceso a los servicios de salud, sociales, de alimentación y de oportunidades económicas. En efecto, en los albores del siglo XXI, de las aproximadas 600 mil defunciones maternas registradas cada año en todo el mundo, 98% sigue ocurriendo en los países en desarrollo. De esta manera, mientras que naciones industrializadas como Canadá, Estados Unidos de América y la mayoría de los países europeos registran tasas de mortalidad materna inferiores a 15 por 100 mil nacidos vivos, en África y el Continente Americano no son infrecuentes cifras 10 a 100 veces más elevadas. Por ello, no nos sorprende que las cifras de mortalidad materna se consideren indicadores fidedignos del grado de desarrollo económico y social de los países, así como de las condiciones de equidad o inequidad entre los géneros.²

La mortalidad materna en el mundo en desarrollo comparte ciertas características comunes: en su mayoría es obstétrica directa, se vincula con la insuficiente educación de la población para el uso oportuno de los servicios médicos ante datos de alarma de complicaciones obstétricas; finalmente, se agrava por la insuficiente accesibilidad a la atención obstétrica ambulatoria y hospitalaria, así como por la calidad limitada de esta última.

La situación de la mortalidad materna en México reúne todas las características anteriores, aunque resulta innegable que ha experimentado una disminución notable en las últimas cinco décadas. De acuerdo con las estadísticas oficiales al respecto, ha pasado de más de 100 por cada 100

mil nacidos vivos en 1950, a tasas de aproximadamente 75 para el año 2000. No obstante, tales cifras son de 5 a 10 veces superiores a las de los países industrializados de nuestro continente o de aquéllos con mayor desarrollo de sus sistemas nacionales de salud, como Cuba y Costa Rica.²

El Estado de México, curiosamente, aún cuando es considerado como uno de los de mayor ingreso, de acuerdo con datos del INEGI, para el período comprendido del 2003 al 2005 ocupaba el último lugar en cuanto a personal médico y de enfermería por 100 000 habitantes; sin embargo, en cuanto a médicos especialistas en gineco-obstetricia era el primero. En lo que se refiere a camas censables, la misma fuente hace referencia a un promedio de poco más de seis mil camas, que hacen que este estado se ubique en los últimos lugares en cuanto a camas censables por 100 000 habitantes. Si bien es comprensible la situación de la gran población que vive en el Estado de México, estos datos son relevantes para comprender mejor la ocurrencia de muertes maternas en dicha entidad.⁴

El análisis de la mortalidad, además de un ejercicio histórico, se ha convertido en un instrumento de vigilancia epidemiológica y de evaluación oportuna de los programas de salud. La autopsia verbal ha sido usada para describir las causas de las muertes maternas, infantiles y de adultos por patologías infecciosas en los países donde los registros son deficientes y donde las causas del fallecimiento suelen estar mal consignadas. Se basan en entrevistas a la familia y a miembros de la comunidad que observaron incidentes relacionados con la muerte y podría ser la única información disponible, especialmente en el caso de las mujeres que dan a luz en sus hogares.⁵

Se dice que la autopsia verbal es el proceso de entrevistar a parientes y/o amistades de la persona que falleció para descubrir las circunstancias y la causa de su muerte, es decir que resulta ser un instrumento útil para la comprobación de los casos y la ampliación de la información relacionada con las causas de la muerte. Es una estrategia de vigilancia epidemiológica de gran utilidad en el quehacer de la salud pública, un instrumento de estudio del proceso enfermedad-atención-muerte.⁶

La autopsia verbal, está normada por la Secretaría de Salud, y evalúa las causas de muerte mediante interrogatorio directo a familiares o personas cercanas al individuo fenecido. El objetivo que se persigue es reconstruir los factores (determinantes) familiares, personales y comunitarios que rodearon el fallecimiento de una mujer que murió por causas maternas.⁷

Método

Se identificaron los casos de muerte materna ocurridos en el Estado de México a través del registro de la Secretaría de Salud estatal. La información requerida para este estudio se obtuvo de fuentes secundarias, es decir, de los expedientes clínicos y de las autopsias verbales de los casos de muerte materna que ocurrieron en el período comprendido entre enero del 2004 y diciembre del 2006.

Debido a que los expedientes de los casos de muerte materna que ocurren en el Estado de México se concentran en la Secretaría de Salud del Estado, se estableció un vínculo con dicha institución, a efecto de facilitar el acceso a los mismos.

Se consideró, además del expediente clínico, a la autopsia verbal debido a que es un instrumento útil para identificar aspectos que la historia clínica no siempre recaba. La autopsia verbal es una metodología para reconstruir la historia y el camino recorrido por una persona desde que enferma hasta que fallece. Consiste en el análisis oportuno de la mortalidad, mediante la recolección activa de los certificados y de las actas de defunción y las visitas a los hogares de las personas fallecidas, con el fin de corroborar la información que reposa en la historia clínica y de obtener nuevos datos. Con el análisis de esta información es posible identificar rápidamente áreas, poblaciones y factores de riesgo, así como fallas en el sistema de salud, para que a nivel institucional se establezcan medidas correctivas y, a nivel local, departamental o nacional, estrategias que permitan mejorar los procesos de atención.^{5,6}

Es conveniente mencionar que las autopsias verbales consideradas en este estudio fueron realizadas por personal médico capacitado que

labora en la Jurisdicción Sanitaria donde residía la mujer que falleció, este personal es de la propia Secretaría de Salud, mientras que el expediente clínico fue llenado por personal médico de la institución donde se atendió a la mujer.

Para el análisis de la información se emplearon básicamente dos indicadores para su medición: la razón de mortalidad materna y la tasa de mortalidad materna. El primero permitió medir la relación que existe entre el número de defunciones y el número de nacimientos. Este indicador, además de que registra de manera indirecta la población al riesgo, combina la fecundidad con las muertes maternas. El segundo midió la velocidad con la que se presentan las muertes maternas en la población femenina en edad fértil, en un período determinado.

Resultados

Se revisaron los expedientes clínicos y autopsias verbales de 385 casos de muerte materna ocurridos en el Estado de México, en el período del 2004 al 2006, la carencia de información apropiada de los años anteriores hizo difícil llevar a cabo un análisis de un período mayor de tiempo.

1. Mortalidad materna en el Estado de México

Con respecto a la razón de muerte materna se encontró que ésta se ha modificado en los años de estudio, de presentar una razón de 46.31 por 100 000 nacidos vivos para el año 2004, esta pasó a 60 por 100 000 nacidos vivos para el 2005 y disminuyó para el 2006 a 36.95 por 100 000 nacidos vivos.

De manera conjunta, la tasa de muerte materna se ha mantenido en valores similares en el período de estudio, es decir, de 3.04 por 100 000 mujeres en edad reproductiva para el año 2004, pasó a 3.85 en el 2005 y a 2.3 para el 2006.

El 72% de las mujeres fallecieron por causas directas, siendo la principal causa la pre-eclampsia y la eclampsia, en un 26%, seguida por la hemorragia, en un 9.5%, y las infecciones, con un 8.1%

2. Mortalidad materna por edad y estado civil

Una particularidad de la muerte materna es que se trata de una muerte prematura. En este estudio la edad promedio de las mujeres que fallecieron osciló entre los 28 y 29 años, con una mínima entre los 12 y los 17 años. Estos datos concuerdan con los de otros estudios donde, además, se obtuvieron los Años de Vida Potencialmente Perdidos (AVPP). Este indicador se obtiene de la diferencia de la edad de la muerte y la edad a la que idealmente se esperaría que murieran las mujeres y, en el estudio, de manera similar con otros, en promedio cada muerte materna equivale a 40 AVPP en el período estudiado.⁸

El estado civil de las mujeres fue casada en casi la mitad de los casos, en promedio 46%, sin embargo, parece darse una tendencia al cambio con el tiempo, pues mientras desciende el porcentaje de casadas, aumenta el de solteras y en unión libre, 13 y 24% respectivamente, condiciones que favorecen la exclusión social y disminuyen las expectativas económicas y laborales de las mujeres, favoreciendo un nivel de pobreza mayor del que ya tenían.

En este punto del estado civil es necesario comentar que, de manera curiosa, al buscar mayor información de la pareja, se carece de datos tales como escolaridad, ocupación, etc., en más del 90% de los casos, lo que obliga a repensar sobre cual era la situación real de la mujer.

3. Mortalidad materna por escolaridad y nivel socio-económico

Para el presente estudio, la escolaridad se dividió en cuatro grupos: sin escolaridad, primaria incompleta, primaria completa y secundaria y más. El 6.2% de las mujeres que murieron por una causa materna no habían asistido a la escuela, el 14% no terminó la primaria, un 22% sí lo hizo y el 58% contaba con estudios de secundaria o más. Resulta interesante analizar cómo el comportamiento de la mortalidad se diversifica cuando se considera la muerte materna según el nivel de escolaridad. Se estimó la tasa de mortalidad materna por nivel de escolaridad,

obteniendo que para el 2004, las mujeres sin escolaridad y con primaria incompleta presentaron una tasa de mortalidad materna de 15.4 por 100,000 habitantes; las que cuentan con primaria completa y secundaria de 9.3; y las que habían cursado preparatoria o una carrera técnica de 8.6.

Al evaluar el riesgo que representa la escolaridad para la muerte materna, se encontró una asociación negativa con la escolaridad. Es decir, que las mujeres analfabetas tienen, según los datos del estudio, un riesgo de morir 6 veces mayor con respecto a las de que tienen al menos el nivel de preparatoria o más; en las que no concluyeron la primaria el riesgo de morir es 4 veces mayor respecto a la misma población de referencia y en las que sí concluyeron la primaria el riesgo de morir es 3 veces mayor que el grupo de referencia. Como se puede apreciar, una mayor escolaridad disminuye el riesgo de la muerte materna, datos que son consistentes con lo reportado en otros estudios similares.⁵

El dato relacionado con el nivel socio-económico de las mujeres que fallecieron por causas maternas se tomó directamente del expediente clínico, el cual se establece de acuerdo con indicadores de la Secretaría de Salud estatal. De acuerdo con esta información, el 75.8% eran de un nivel bajo y el 24.2% de nivel medio. El 3% no hablaba español. Es conveniente mencionar que no hubo ninguna mujer de nivel alto reportada en el periodo de estudio.

4. Mortalidad materna y otras características médicas

En cuanto a otras características que registra el certificado de defunción se observa que casi tres cuartas partes de las muertes maternas se presentan en mujeres no derechohabientes; el 60% del total fallece en unidades médicas, un 22% en hospitales particulares, el 14% en el hogar y un 6% en otros lugares.

Sobre la base de lo anterior, se registra una asociación importante entre no ser derechohabiente y no recibir atención médica antes de la muerte. Entre 1989 y 1990 se estimó que las mujeres no derechohabientes tienen un

riesgo siete veces mayor de no recibir atención médica antes de la muerte, que las mujeres derechohabientes.⁵

Además, se reporta que el 35.5% de las mujeres fallecieron en el puerperio posterior a cesárea y el 23% en el puerperio posterior al parto normal, si se suman estos porcentajes, tenemos que poco más de la mitad de mujeres murieron en el puerperio, lo cual es indicativo de la calidad de la atención médica.

Finalmente, en lo que se refiere al control prenatal se encontró que el 62% de las mujeres estuvieron bajo control, de las cuales el 23% asistió entre 2 y 3 veces a consulta y un 24% a más de cuatro visitas.

5. Características básicas de los casos de muerte materna

Se realizó un análisis multivariado para obtener un perfil de las mujeres que mueren por causas maternas, con lo que fue posible establecer las características sociodemográficas con las que es más probable que se asocie determinada causa de muerte materna.

En cuanto a la toxemia del embarazo, el modelo que mejor predice la muerte materna es aquél que considera mujeres jóvenes de localidades urbanas, con escolaridad mayor de secundaria, solteras y sin derechohabiencia. Mientras que en el caso de las hemorragias hay algunas diferencias interesantes, como que es más probable que ocurra en mujeres de mayor edad (más de 25 años), casadas, dedicadas al hogar, con escolaridad menor a la secundaria y sin derechohabiencia.

Discusión

Los resultados encontrados son consistentes con lo referido a nivel internacional y nacional, confirmando, además, que, en buena parte, los factores asociados a las muertes maternas reflejan problemas de la estructura social, donde los servicios de salud, que tienen también una participación importante en la ocurrencia de la muerte materna, son, finalmente, una expresión de esas estructuras sociales.

Las causas médicas de muerte maternal son muy similares a las reportadas en estudios previos, donde alrededor del 80% son debidas a “causas directas”, sin embargo, se nota una variación en cuanto a que los problemas de toxemia han avanzado al primer lugar, desplazando a las hemorragias, además de que la ocurrencia es mayor en el puerperio posterior a cesáreas. Situación que guarda una estrecha relación con la calidad de los servicios, en particular, cuando son servicios médicos brindados a una población sin derechohabencia y de escasos recursos económicos, como es el caso de la gran mayoría de mujeres que fallecieron en el período de estudio.

Los bajos nivel socio-económicos en que se encontraban las mujeres son un determinante fundamental de la muerte materna, dado que limitan el acceso a la educación, a fuentes de ingreso, a una buena alimentación y a servicios médicos asistenciales, entre otros aspectos, lo cual repercute en la capacidad de decisión de la mujer respecto a su salud. Algunas mujeres no aceptan alguna atención médica por aspectos culturales o porque la decisión esta en otro miembro de la familia, más aún cuando no están casadas.⁹

Uno se pregunta: ¿Cuál es la condición psico-social de una mujer joven de escasos recursos económicos y educativos, que resulta embarazada, y que, como elemento agregado, la pareja la abandona y sufre un proceso de segregación? Esto pudo haber ocurrido en muchos de los casos estudiados, pero que la limitante de información de los expedientes clínicos, aún de las autopsias verbales, por su enfoque médico, no dejan ver más. Ante esta situación, es recomendable la implementación de estrategias cualitativas que permitan ahondar en la situación de la mujer, comprender el contexto en que ocurre y se desarrolla el embarazo, para proponer alternativas de solución a la muerte materna, más acordes con las necesidades de la propia mujer.¹⁰

Es conveniente considerar que el que una mujer joven se embarace marca el inicio de una responsabilidad económica y social a largo plazo, para la cual estas nuevas madres cuentan con

pocos recursos, aunado a las limitadas oportunidades laborales, que con el embarazo se limitan todavía más, favoreciendo con todo esto un círculo vicioso cada vez más arraigado de pobreza. Como se ha evidencia en algunos estudios, ante la situación de la joven embarazada con o sin pareja, la familia de origen trata de apoyar, aún cuando no cuenta con recursos suficientes y más bien resulta que la joven se vuelve una carga extra para los familiares. Por lo tanto, si el embarazo adolescente se origina principalmente en condiciones de pobreza y, a su vez, tiene consecuencias económicas y sociales, la repetición intergeneracional del embarazo adolescente puede ser un mecanismo intermediario en la reproducción intergeneracional de la pobreza, manteniendo un círculo de pobreza-embarazo en adolescentes. Por lo que en los contextos de pobreza la maternidad temprana supone la perpetuación de las desventajas socioeconómicas y la inequidad que sufren las mujeres en la escuela y el trabajo.¹¹

Reducir las muertes maternas requiere de acciones coordinadas y de un trabajo continuo. Las acciones deben ir necesariamente desde el interior de las familias hasta las políticas nacionales, tanto de salud como económicas. Un elemento importante a considerar para la reducción de la mortalidad materna es la comprensión y consideración de las causas que subyacen a las causas médicas habituales, que si bien es necesario tenerlas en cuenta, no son las únicas y más bien pueden ser consecuencia de factores previos determinantes de la muerte materna.

Finalmente, es conveniente tener en mente que la muerte materna afecta a toda una familia, con severas consecuencias futuras, de manera particular a los niños, que se quedan sin su madre, lo cual se traduce en un incremento en la morbimortalidad infantil, deserción escolar, incremento de violencia, etc. Por todo ello, la muerte materna ha sido reconocida como un problema social en la medida que su ocurrencia está ampliamente relacionada con pobreza y marginación. También es un problema de salud pública debido a que refleja las deficiencias en el acceso y la calidad de los servicios de atención a la salud materna que son ofrecidos a la población.

Referencia.

¹ Safe motherhood needs assessment. (1997). Part VI: Maternal death review guidelines. Geneva, World Health Organization, (unpublished document), WHO/FHE/MSM/95.1

² OPS./ OMS. 6ª Conferencia Sanitaria Panamericana, 54ª Sesión del Comité Regional: estrategia regional para la reducción de la mortalidad y morbilidad maternas. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, 2002.

³ Langer, Ana, (1994). "La mortalidad materna en México: La contribución de aborto inducido" en Ortiz, A. (ed.) Razones y pasiones en torno al aborto. México: Edamex/[Population Council](#), Pp. 149-153.

⁴ CONAPO. "Salud materna"; en Cuadernos de Salud Reproductiva, 2000.

⁵ Sloan N. et al. (2001) The etiology of maternal mortality in developing countries: what do verbal autopsies tell us? Bull. World Health Organ. 79(9):805-810.

⁶ María Isabel Lalinde Ángel (2002). La autopsia verbal: Reconstruyendo la historia de una muerte materna, en Modelos para el análisis de la mortalidad materna y perinatal. Disponible en:

<http://medicina.udea.edu.co/nacer/PDF/La%20autopsia%20verbal%20reconstruyendo%20la%20historia%20de%20una%20muerte%20materna.pdf>

⁷ Chávez-García VM, Zonana-Nacach A, Duarte ME (2007) Autopsia verbal en cáncer cervicouterino. Estudio descriptivo Rev Med Inst Mex Seguro Soc; 45 (2): 199-204

⁸ Lozano, Rafael, Bernardo Hernández, y Ana Langer, (1994). "Factores sociales y económicos de la mortalidad materna en México", en Elu, M.C. y A. Langer (eds) Maternidad sin riesgos en México, Pp. 43-52.

⁹ Simons RL, Beaman J, Conger RD, *et al.* (1993). Stress, support and antisocial behaviour trait as determinants of emotional well-being and parenting practices among single mothers. J Marriage Fam 55:385-98.

¹⁰ Ellen L. Lipman, Michael H. Boyle. (2005). Social support and education groups for single mothers: a randomized controlled trial of a community-based program. Early release, published at www.cmaj.ca on November 17, 2005.

¹¹ Alatorre Rico, Javier y Lucile C. Atkin, (1998). "El embarazo adolescente y la pobreza", en Paloma Bonfil y Vania Salles (eds.) Mujeres pobres: salud y trabajo. México: GIMTRAP, Pp. 13-30.



Medicina Social
Salud Para Todos