

MORTALIDAD FEMENINA Y MATERNA

Fecha de recepción: 15/11/2020

Fecha de aceptación: 30/11/2020

Lic. María Elena Critto

Contacto: malecritto@gmail.com

- Facultad de Ciencias Médicas,
Pontificia Universidad Católica Argentina (UCA)
- Instituto Melisa, Chile

Palabras clave

- Mortalidad femenina
- Mortalidad maternal
- Mortalidad materna
por aborto

Key words

- Female Mortality
- Maternal Mortality
- Maternal mortality
from abortion

RESUMEN

En el año 2018 las enfermedades no transmisibles causaron el 73% de las defunciones femeninas de todas las edades y el 72% de las defunciones de mujeres de 15 a 44 años de edad. Respecto a la mortalidad materna específicamente, en Argentina para el año 2018 se registraron 257 defunciones maternas, con una tasa de incidencia (TI) de 2,59 cada 100.000 mujeres de 15 a 44 años de edad. La razón de la mortalidad materna global (RMM) fue de 37 cada 100.000 nacidos vivos (NV). Las principales causas de mortalidad materna refieren a razones obstétricas directas y representan el 61% del total de las defunciones maternas (RMM 23 c/100.000 NV; TI 1,58 cada 100.000 mujeres de 15 a 44 años). En orden de importancia, le siguen las muertes maternas por causas obstétricas indirectas, que representan el 25% del total de las defunciones maternas (RMM 9 c/100.000 NV; TI 0,65 cada 100.000 mujeres de 15 a 44 años). Por último, las muertes maternas por embarazo terminado en aborto representan el 13,6% del total de las defunciones maternas (RMM de 5 c/100.000 NV; TI de 0.35 c/100.000 mujeres de 15 a 44 años). Para el período 2001-2018 se observa una reducción del 14% de la RMM global. El embarazo terminado en aborto fue el grupo de causas de muerte materna que presentó una mayor reducción para este periodo (-62%), por el contrario, las causas obstétricas directas no presentaron cambios, y las causas obstétricas indirectas presentaron una tendencia creciente (incremento del 35%). La persistencia de muertes femeninas evitables, en las que se incluyen las muertes maternas, demanda mayores esfuerzos por parte del sistema de salud y un enfoque de prevención centrado en disminuir los riesgos para prevenir la mortalidad y morbilidad.

ABSTRACT

In 2018, noncommunicable diseases caused 73% of female deaths of all ages and 72% of deaths in women aged 15-44. With regard to maternal mortality specifically, 257 maternal deaths were recorded in Argentina by 2018, with an incidence rate (IT) of 2.59 per 100,000 women aged 15 to 44. The overall maternal mortality ratio (MMR) was 37 per 100,000 live births. Direct obstetric death is the leading contributor to maternal mortality and represent 61% of total maternal deaths (MMR 23 per 100,000 live births; IT 1.58 per 100,000 women aged 15 to 44). In order of importance, maternal deaths from indirect obstetric causes are next, representing 25% of total maternal deaths (MMR 9 per 100,000 live births; IT 0.65 per 100,000 women aged 15 to 44). Finally, maternal deaths due to abortive outcome of pregnancy represent 13.6% of total maternal deaths (MMR 23 per 100,000 live births; IT 1.58 per 100,000 women aged 15 to 44). The MMR had shown a 14% reduction for the period 2001-2018. The highest average reduction for this period was in the abortive outcome of pregnancy (62%), in contrast, direct obstetric causes did not change, and indirect obstetric causes showed an upward trend. The persistence of preventable female deaths, which include maternal deaths, which include all maternal deaths, demands greater efforts by the health system and a prevention approach focused on reducing risks to prevent mortality and morbidity. All public health policies deserve to be based on scientific evidence in order to prevent them from being imposed by private interests. The surveillance of official data collected by the Ministry of Health of the Argentine Nation on women's health in general, and on maternal mortality in particular, makes

Toda política pública en salud merece estar fundamentada en evidencia científica para evitar que las mismas sean impuestas por intereses particulares. La vigilancia de los datos oficiales recopilados del Ministerio de Salud de la Nación Argentina sobre la salud de la mujer en general, y sobre la mortalidad materna en particular, permiten monitorear, rectificar, establecer e implementar políticas públicas basadas en evidencia que sirvan para atender y promover la salud de todas las mujeres comprendiendo el rol fundamental que tienen para la sociedad en su conjunto.

it possible to monitor, rectify, establish and implement public policies based on evidence that serve to care for and promote the health of all women, understanding the fundamental role that they have for society as a whole.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud alerta sobre la relevancia de las enfermedades no transmisibles en la salud de la población. Indica que aproximadamente el 71% de las muertes a nivel mundial son a causa de las enfermedades no transmisibles (ENT). [1] Este porcentaje asciende en nuestro continente al 77% de las muertes en general. [2] Las principales causas de mortalidad informadas a nivel mundial son las cardiovasculares, cáncer, respiratorias y diabetes. Estas enfermedades son reducibles y hasta evitables en algunos casos, con acciones concretas para disminuir los principales factores de riesgo modificables, promoviendo conductas y entornos saludables. [3] Y facilitando el acceso a la salud para la detección temprana, control, seguimiento y tratamiento oportuno de las mismas.

Durante la pandemia de COVID – 19, se han observado numerosos obstáculos en el acceso a la salud de la población para la prevención, detección temprana y tratamiento de estas enfermedades. Entre ellas se destaca: la atención de la salud casi exclusiva de enfermos por COVID; la postergación de todo tipo de controles médicos por parte de la población en general, de las embarazadas y de la primera infancia en particular, por temor al contagio; la reducción significativa de estudios para la detección y diagnóstico de estas enfermedades; el retraso en la implementación del calendario de vacunas de los niños, niñas y adolescentes; la pérdida de credibilidad de la población respecto a la información pública sobre la salud; el confinamiento que ha hecho más difícil mantener conductas saludables como el ejercicio físico, alimentación equilibrada, prevención de las adicciones,

las situaciones emocionales de estrés y ansiedad, y el aumento de situaciones de violencia doméstica. [4]

En este contexto es prioritario estudiar las necesidades de salud de la población argentina a través del análisis de los registros de salud, como puede ser el de mortalidad. La información sobre la salud pública, es la que permite aumentar las precauciones y prevenciones, reducir riesgos y generar políticas públicas basadas en evidencia en contraposición con las políticas públicas basadas en intereses particulares.

El Estado tiene la responsabilidad de velar por el bien común, estudiar los problemas y presentar soluciones racionales que beneficien a todos y a todas, y al bien común, basado en evidencia científica. Y toda ley merece estar fundamentada seriamente con información y transparencia. Ante la presentación de un proyecto de legalización del aborto al Congreso de la Nación Argentina en el año 2020 [5] es necesario presentar también los datos sobre la mortalidad materna en Argentina.

OBJETIVOS

1. Presentar información oficial sobre la mortalidad femenina en general, y de 15 a 44 años de edad en particular, en la Argentina, en el año 2018.
2. Recopilar los datos estadísticos oficiales disponibles sobre la mortalidad materna en Argentina, desde el año 2001 hasta el 2018 (último año del que se cuenta con información pública).
3. Analizar las causales muerte materna en Argentina en el año 2018.
4. Describir y analizar comparativamente la evolución de la mortalidad materna de Argentina en el período 2001-2018.
5. Revisar sucintamente la bibliografía científica sobre los factores que disminuyen la mortalidad materna en el mundo.

METODOLOGÍA

Para el presente análisis, se trabajó con los datos oficiales, disponibles públicamente, de los indicadores básicos de salud, natalidad y mortalidad, del Ministerio de Salud de la Nación Argentina para el periodo 2001-2018.

Asimismo, se analizaron los informes sobre mortalidad materna de la OMS, UNICEF, UNFPA, Banco Mundial y División de Población de las Naciones Unidas.

Los datos estadísticos se presentan tal cuál como están disponibles en las fuentes oficiales accedidas a través de internet.

Definiciones:

Conforme a las definiciones de la OMS se entiende como muerte materna a *"la muerte de una mujer durante el embarazo o dentro de los 42 días posteriores a la terminación del embarazo, por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo o su manejo (por muerte obstétrica directa o indirecta), pero no por causas accidentales o incidentales"*. [6]

Las causas obstétricas directas son *"las que resultan de complicaciones obstétricas del estado de gestación (embarazo, trabajo de parto y puerperio), de intervenciones, de omisiones, de tratamiento incorrecto, o de una cadena de acontecimientos originada en cualquiera de las circunstancias mencionadas"*. *"Por ejemplo, a una hemorragia obstétrica o trastornos hipertensivos en el embarazo, o aquellos debido a complicaciones de anestesia o cesárea se clasifican como muertes maternas directas"*. [7]

Las causas obstétricas indirectas *"resultan de enfermedades existentes, o de enfermedades que se desarrollaron durante el embarazo y que no se debieron a causas obstétricas pero agravadas por los efectos fisiológicos del embarazo"*. [8]

Para analizar la mortalidad global se seleccionó la población expuesta a morir por embarazo, parto y puerperio, esto es, mujeres en edad reproductiva de 15 y 44 años, según criterios de la OMS [9] y categorías de clasificación de la Dirección de Estadísticas e Información de la Salud (DEIS). [10] Para estudiar la mortalidad materna, se incluyeron todas las muertes maternas independientemente de la edad de la mujer.

Según la clasificación internacional de enfermedades 10° (CIE-10), la categoría Embarazo Terminado en Aborto (ETA) incluye: 000 Embarazo ectópico; 001 Mola hidatiforme; 002 Otros productos anormales de la concepción; 003 Aborto espontáneo; 004 Aborto médico; 005 Otro aborto; 006 Aborto no especificado; 007 Intento fallido de aborto (10 diagnósticos de inducción médica e inducción no especificada). [11]

Para poder comparar con otros países y en función de la cantidad de nacidos vivos en un año, se utiliza la Razón de la Mortalidad Materna (RMM), la cual es definida por la OMS como *“el número de muertes maternas durante un tiempo determinado por cada 100.000 nacidos vivos durante el mismo período de tiempo. Representa el riesgo de muerte materna relativa a la cantidad de nacidos vivos”*. [12] Es un indicador que permite comparar el total de muertes maternas según la cantidad de nacidos vivos en determinado lugar y año.

Para listar las causas de defunciones de mujeres de todas las edades, y de las mujeres en edad reproductiva, de modo desglosado, se toman todas las causas de defunción definidas por el CIE 10, y se listan sus frecuencias en un determinado año y lugar. La lectura desglosada de las causas básicas de defunción excluye las categorías agrupadas, que son las que sintetizan las causas de muerte en grandes dimensiones y facilitan su lectura. Cabe aclarar que las 35 muertes por embarazo terminado en aborto se desglosaron y agruparon en dos grupos: los que podrían incluir el aborto provocado y los que por su definición no podrían incluir el aborto provocado.

Los datos son expresados en: porcentajes (%), números absolutos (N), e incidencia (TI).

Resultados

Defunciones femeninas en Argentina, año 2018

En este marco, en la Argentina, en el año 2018, último año con datos oficiales disponibles, las enfermedades no transmisibles causaron el 73% de las defunciones femeninas de todas las edades y el 72% de las defunciones de mujeres de 15 a 44 años de edad. Ver figuras 1, 2.

Figura nro. 1: Defunciones femeninas por causas de muerte agrupadas, en números absolutos - Argentina 2018 [13]

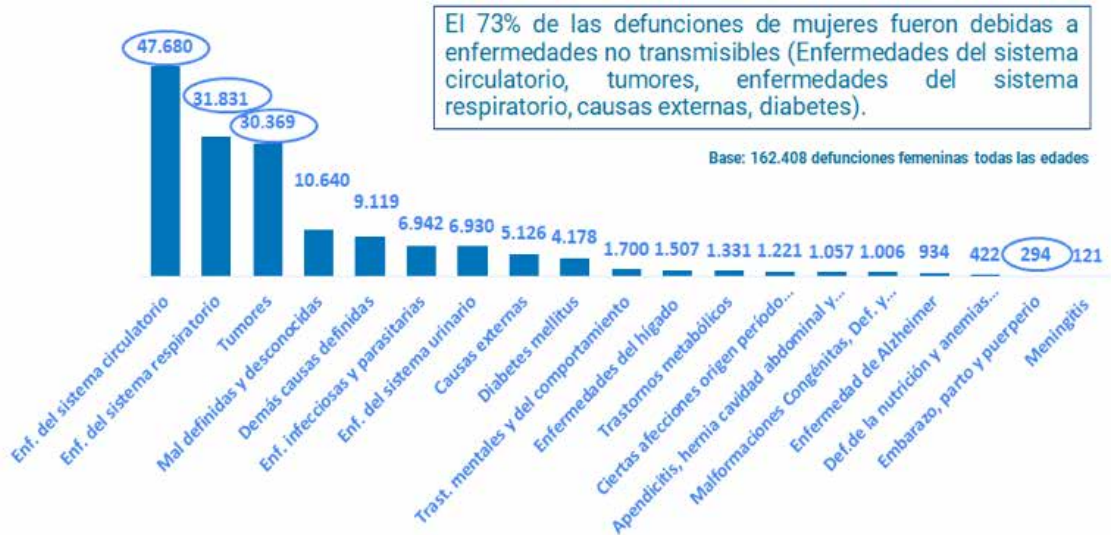


Figura nro. 2: Defunciones femeninas de 15 a 44 años por causas de muerte agrupadas, en números absolutos - Argentina 2018 [13]



A continuación, se presentan las causas de defunciones de mujeres de todas las edades, y de las mujeres en edad reproductiva (15 a 44 años), de modo desglosado. Se excluye de las figuras las categorías agrupadas, que son las que sintetizan las causas de muerte en grandes dimensiones y facilitan su lectura. Cabe aclarar que las 35 muertes por embarazo terminado en aborto se desglosaron para luego agrupar en dos grupos para su análisis: los que podrían incluir el aborto provocado y los que por su definición lo excluyen.

Figura nro. 3.a.: Defunciones femeninas de todas las edades por causas de muerte desglosada, en números absolutos - Argentina 2018 [13]

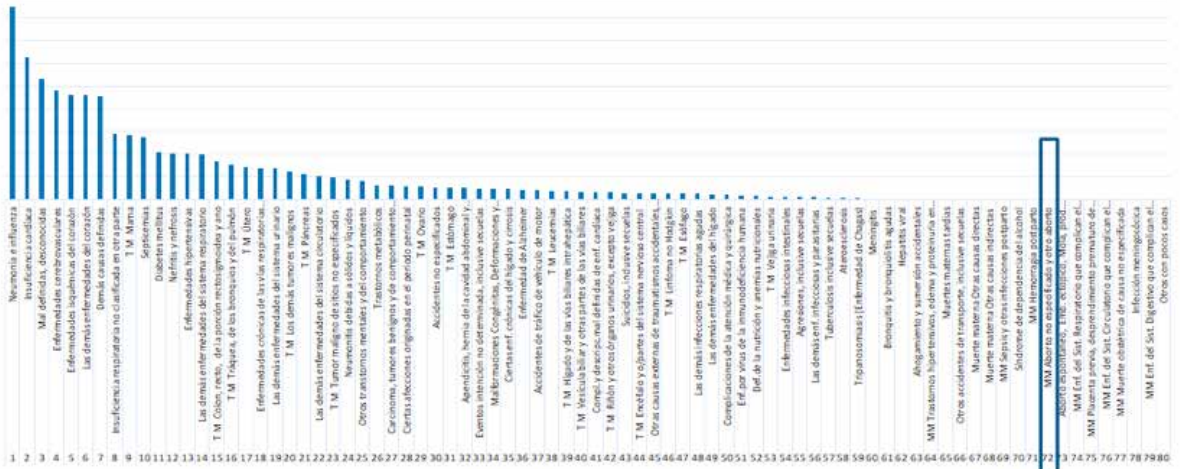
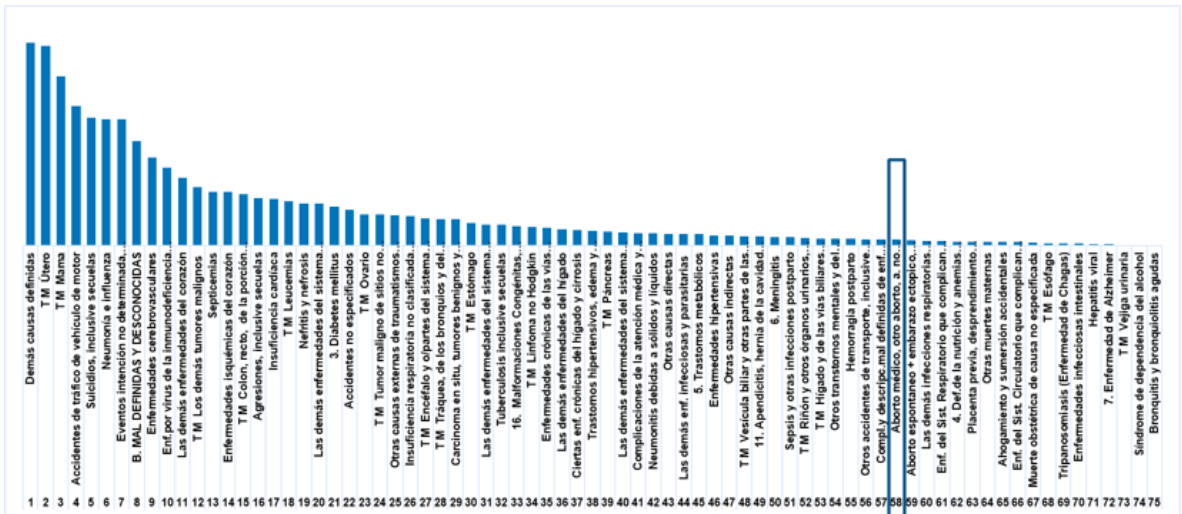


Figura nro. 3.b.: Defunciones femeninas de 15 a 44 años de edad, por causas de muerte desglosada, en números absolutos - Argentina 2018 [13]



MORTALIDAD MATERNA EN ARGENTINA, AÑO 2018

Las muertes maternas en Argentina para el año 2018 fueron 257, con una tasa de incidencia en el total de defunciones femeninas del 1,13 cada 100.000 mujeres de todas las edades y 2,59 cada 100.000 mujeres de 15 a 44 años de edad. La razón de la mortalidad materna global (RMM) fue de 37 cada 100.000 nacidos vivos (NV). Ver tabla nro. 1.

Las causas de muerte materna agrupadas para el año 2018 fueron las siguientes. Ver tabla nro. 1 y figuras nro. 4.a. y 4.b.:

1. Muertes manteras por causas obstétricas directas: 61% del total de las defunciones maternas (157), con una tasa de incidencia de 0,69 c/100.000 mujeres y de 1,58 c/100.000 mujeres de 15 a 44 años. La RMM fue de 23 c/100.000 NV. Este grupo de causas de muerte incluye: 46 muertes maternas por hipertensión, 37 muertes maternas por otras causas directas, 27 muertes maternas por sepsis y otras infecciones asociadas al puerperio, es decir a la cesaria y al parto; 21 muertes maternas por hemorragias, 12 muertes maternas por problemas de placenta; 10 muertes maternas directas por causas directas no especificadas.

2. Muertes maternas por causas obstétricas indirectas: 25,3% del total de las defunciones maternas (65), con una tasa de incidencia (TI) de 0,29 c/100.000 mujeres y de 0,65 c/100.000 mujeres de 15 a 44 años. La RMM fue de 9 c/100.000 NV. Este grupo de causas de muerte incluye: 32 muertes maternas por otras causas indirectas; 14 muertes maternas por enfermedades del sistema respiratorio que complican el embarazo, parto y puerperio; 11 muertes maternas por enfermedades del sistema circulatorio que complican el embarazo parto y puerperio; 6 muertes maternas por enfermedades del sistema digestivo; 2 muertes maternas por el virus de la inmunodeficiencia humana.
3. Muertes maternas por embarazo terminado en aborto: representan el 13,6% del total de las defunciones maternas (35), con una tasa de incidencia (TI) de 0,15 c/100.000 mujeres y de 0,35 c/100.000 mujeres de 15 a 44 años. La RMM fue de 5 c/100.000 NV. Ver tabla nro. 1 y figura nro. 4.
4. Este tercer grupo de causas de muerte materna, embarazo terminado en aborto, incluye Embarazo ectópico; Mola hidatiforme; Otros productos anormales de la concepción; Aborto espontáneo; Aborto médico; Otro aborto; Aborto no especificado; Intento fallido de aborto. Estas defunciones maternas para su análisis podrían ser agrupadas en dos grandes grupos: a) muertes maternas por aborto provocado: representa el 7,4% del total de las defunciones maternas (19), con una tasa de incidencia de 0,08 c/100.000 mujeres y 0,19 c/100.000 mujeres de 15 a 44 años. La RMM fue de 2,77 c/100.000 NV. Incluye aborto médico, otro aborto, aborto no especificado e intento fallido de aborto. b) Muertes maternas por aborto espontáneo o no provocado: representa el 6,2% del total de las defunciones maternas (16), con una tasa de incidencia (TI) de 0,07 c/100.000 mujeres y de 0,16 c/100.000 mujeres de 15 a 44 años. La RMM fue de 2,33 c/100.000 NV. Incluye muertes maternas por aborto espontáneo, embarazo ectópico, mola hidatiforme, feto muerto y retenido y otros productos anormales de la concepción. Ver tablas nro. 1 y 2.

Tabla nro. 1: Defunciones maternas total por grupo de causas, en porcentaje y en números absolutos, incidencia en mujeres de 15 a 44 años de edad y en mujeres de todas las edades, RMM c/100.000NV, Argentina 2018. [13]

Causas	%	Defunciones	RMM	TI mujeres De 15-44 años	TI total mujeres
Causas obstétricas directas	61%	157	23	1,58	0,69
Causas obstétricas indirectas	25%	65	9	0,65	0,29
Embarazo terminado en aborto	14%	35	5	0,35	0,15
Total 2018	100%	257	37	2,59	1,13

Nota: TI: Tasa de incidencia. RMM: Razón de mortalidad materna cada 100.000 nacidos vivos.

Figura nro. 4.a: Mortalidad materna proporcional, en porcentajes según causas de defunción agrupada - Argentina 2018 [13]

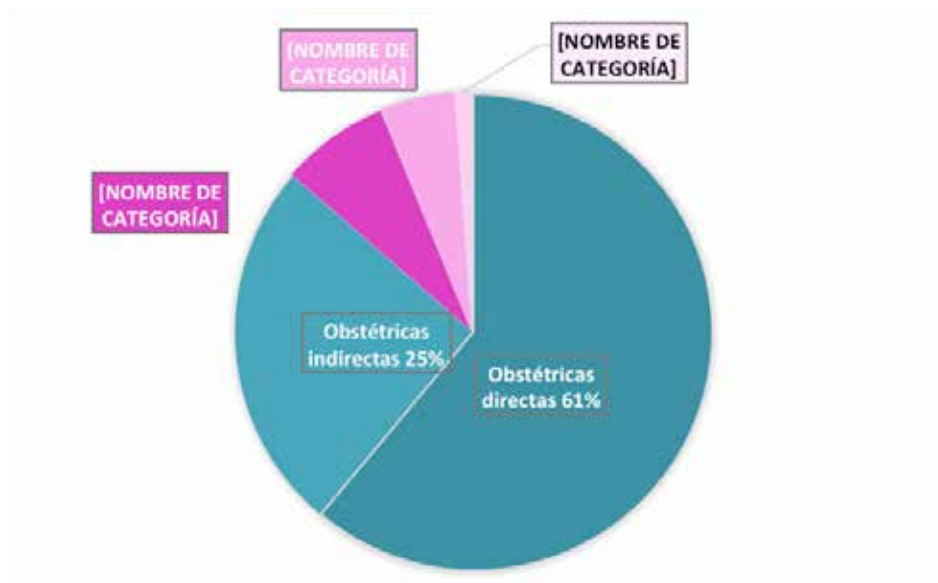


Figura nro. 4.b: Mortalidad materna según causa de defunción desglosada, en números absolutos - Argentina 2018 [13]

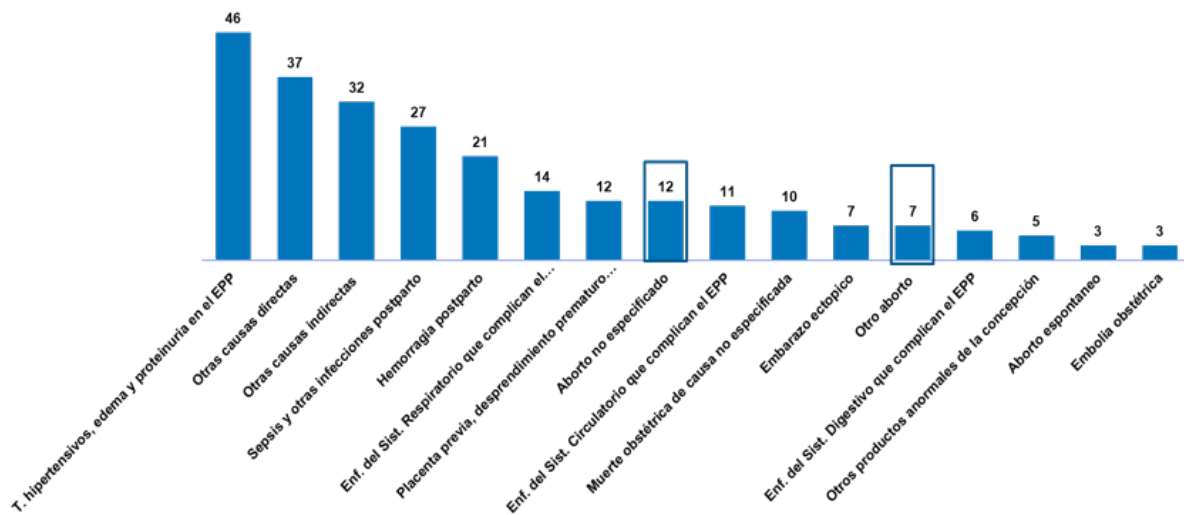


Tabla nro. 2: Defunciones maternas total por embarazo terminado en aborto (ETA), agrupada, en porcentaje y en números absolutos, incidencia en mujeres en edad fértil y en el total de mujeres de todas las edades, y RMM c/100.000NV, Argentina 2018. [13]

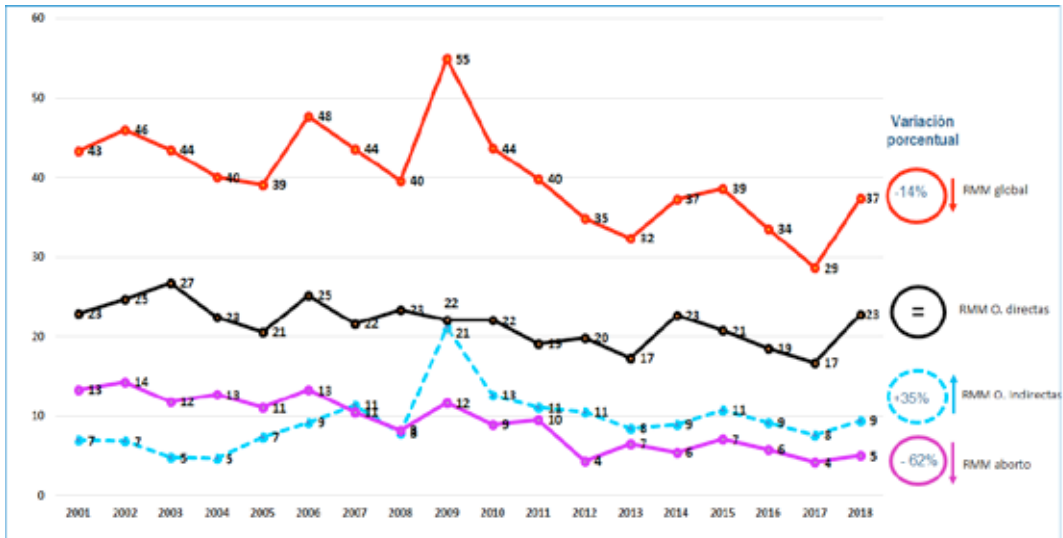
Causas desglosadas ETA	%	Defunciones	RMM	TI mujeres De 15-44 años	TI total mujeres
Aborto médico, otro aborto, aborto no especificado e intento fallido de aborto	7,4%	19	2,77	0,19	0,08
Aborto espontaneo, embarazo ectópico, mola hidatiforme y feto muerto y retenido	6,2%	16	2,33	0,16	0,07
Total	13,6	35	5,1	0,35	0,15

Nota: TI: Tasa de incidencia. RMM: Razón de mortalidad materna cada 100.000 nacidos vivos.

Evolución de la razón de mortalidad materna (RMM) global y por grupos de causas de muerte en Argentina 2001-2018

En el año 2018 se registraron 685.394 nacidos vivos, un total de 257 muertes maternas, y una RMM global de 37 muertes cada 100.000 NV. En el periodo 2001-2018, la RMM presenta una caída del 14%, pasando de 43 a 37 muertes cada 100.000 nacidos vivos (NV). En la figura nro. 5 se presenta la evolución de la razón de la mortalidad materna (RMM) a nivel global y según causas de muerte agrupada. Las causas obstétricas directas, a pesar de presentar algunas oscilaciones, se mantienen en el tiempo. Las causas obstétricas indirectas presentan una tendencia creciente en el periodo analizado, observándose un aumento del 35% respecto al 2001. El embarazo terminado en aborto es el grupo de causas de muerte que más ha disminuido en este periodo, presentando una reducción del 62%. Ver figura nro. 5.

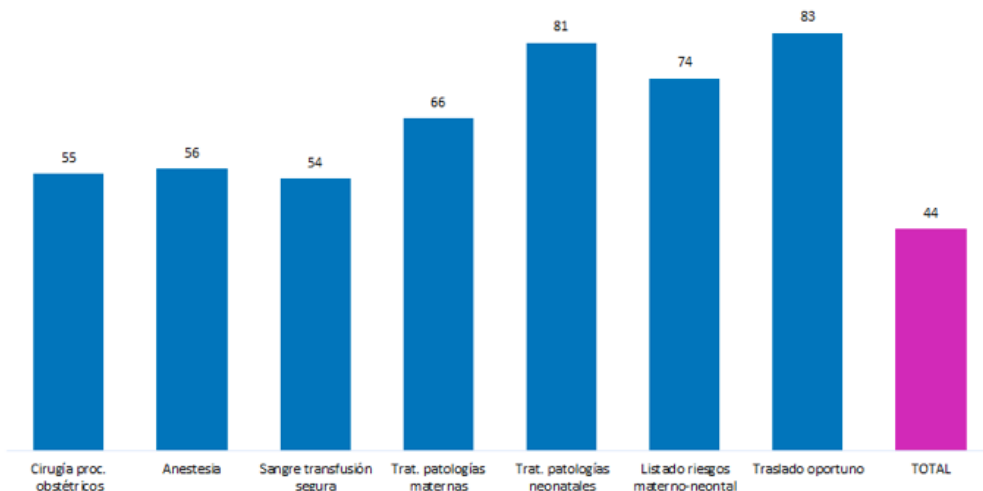
Figura nro. 5: Razón de mortalidad materna cada 100.000 nacidos vivos por grupos de causa de muerte materna - Argentina 2001-2018 [13]



Revisión breve de la bibliografía científica respecto a los factores correlacionados con la mortalidad materna en el mundo

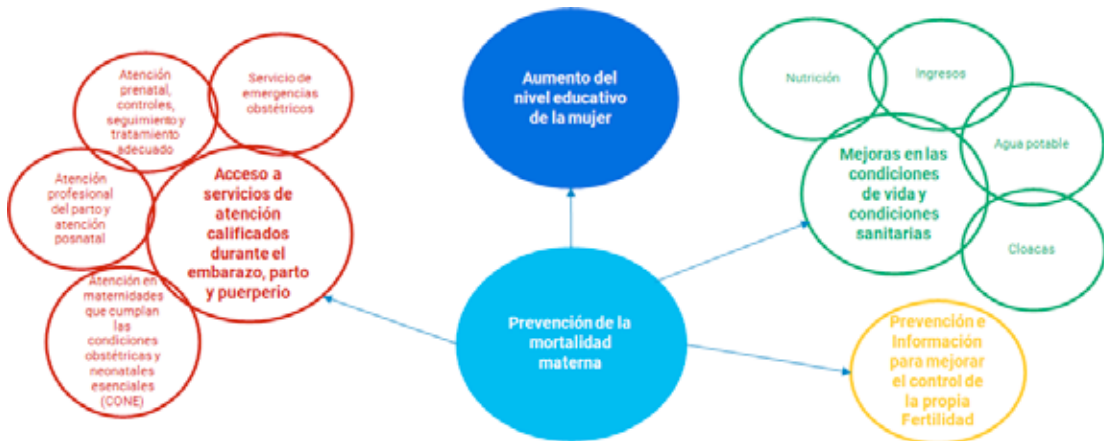
La OMS estableció desde el año 1986 un sistema de indicadores para categorizar y clasificar a las maternidades según el cumplimiento de las Condiciones Obstétricas y Neonatales Esenciales (CONE). Estas CONE son las condiciones básicas necesarias para que los servicios de salud contribuyan a la prevención de la morbilidad y mortalidad materno neonatal. Es decir, que la salud materno-neonatal requiere de servicios que cumplan al menos con las siguientes condiciones: a) cirugía para procedimientos obstétricos, b) anestesia, c) transfusión de sangre segura, d) tratamientos médicos inmediatos de patologías maternas, e) asistencia neonatal inmediata, f) listados de riesgo materno neonatal, g) transporte oportuno al nivel de referencia. [14] En la figura 6 se observa el porcentaje de cumplimiento de las CONE en el último estudio realizado en maternidades públicas argentinas en el 2010-2011. Dicho informe indica que el 44% de las maternidades públicas cumple con todas las condiciones obstétricas y neonatales esenciales. La disponibilidad de sangre para transfusión segura fue la que presentó menor cumplimiento (54%). En el mismo informe se observa que el 17% de los partos en maternidades públicas no cumplen con las condiciones esenciales.

Figura nro. 6: Evaluación de las maternidades públicas argentinas, 2010-2011. Revista argentina de salud pública [14]



Por otra parte, y entre los estudios científicos que analizan los determinantes de la mortalidad materna se encuentra el de Hogan y col. [15] realizado en 181 países. El mismo informa que los factores que disminuyen la mortalidad materna son los que incluyen una mejora en el ingreso per cápita -asociado con la nutrición y el acceso a servicios de salud calificado-, el acceso a la atención profesional del parto conjuntamente con una disminución de la tasa de natalidad. Asimismo, los determinantes de la mortalidad materna estudiados por Koch y col. [16] pueden resumirse en el aumento de nivel de escolaridad en la mujer, acceso a servicios de salud materna calificados durante el embarazo, parto y puerperio, acceso a servicios de emergencias obstétricas calificados, mejoras del sistema de agua potable y alcantarillado, nutrición complementaria para embarazadas, cambios en las conductas reproductivas de las mujeres, así como políticas de detección temprana y prevención de la violencia. En la figura 7 se puede observar graficada dicha información.

Ver Figura nro.7: factores correlacionados con la mortalidad materna en el mundo [17]



DISCUSIÓN

Las enfermedades no transmisibles son responsables de las principales causas de defunción femenina y de mujeres en edad fértil, en la Argentina, en el año 2018. Cabe aclarar que estas no han desaparecido con la pandemia. Los datos disponibles indican que el peso de estas enfermedades en la salud de la población representa una señal de alarma, tanto para la sociedad, como para los sistemas de salud que tienen la responsabilidad de asegurar el acceso a la cobertura y a servicios de salud calificados para todas las personas para la detección, prevención, control, seguimiento y tratamiento de todas las enfermedades incluyendo las enfermedades no transmisibles. Las demoras en la atención, prevención, control y tratamientos a estas enfermedades, implican una mayor carga de enfermedad, tratamientos más onerosos, mayor probabilidad de graves secuelas, pérdidas en la productividad. [18] Las enfermedades que no reciben diagnóstico y tratamiento oportuno están asociadas a un incremento de la mortalidad de la población por estas. Las enfermedades que no reciben diagnóstico y tratamiento oportuno están asociadas a un incremento de la mortalidad de la población por estas. Por consiguiente, al momento de generar políticas públicas, son relevantes los estudios científicos rigurosos sobre las causas de muerte y los factores de riesgo. La información permite favorecer la utilización de recursos para la prevención de enfermedades, el monitoreo y la disminución de los factores de riesgo en función de las necesidades de la población.

Respecto a los registros específicos de la mortalidad materna, la DEIS participa en la iniciativa de la OPS/OMS para el registro y la codificación básica de la mortalidad y morbilidad. Esto posibilita la comparación de la Argentina en el plano internacional. [19] Asimismo, el sistema de registro de mortalidad materna argentino está calificado como completo y con buena atribución de causa de muerte materna desde el año 1990 por la OMS, por la UNFPA, UNICEF y el Banco Mundial. [20] [21] Respecto a la calificación del subregistro de la muerte materna, el estudio realizado en Argentina en el año 2014 informa una omisión nacional del 14,2%. [22]

En el periodo analizado 2001-2018 la RMM global presenta una caída del 14% a nivel nacional. Las causas obstétricas directas se mantienen en el tiempo, y las causas obstétricas indirectas presentan una tendencia creciente en el periodo analizado. Esta tendencia creciente de muertes maternas por causas obstétricas indirectas es una señal de alarma en un contexto mundial donde la mortalidad materna tiende a reducirse. Por otra parte, el embarazo terminado en aborto constituye el grupo de causas de muerte que más ha disminuido en este periodo..

Los datos de muertes maternas en Argentina para el año 2018 muestran una RMM por debajo de las 70 cada 100.000 nacidos vivos (NV), mismo que fue uno de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) comprometido para la agenda 2030 en el año 2015. [23] Sin embargo, la existencia de muertes maternas prevenibles en Argentina y la baja disminución de las mismas en los últimos años, interpela a toda la sociedad a procurar políticas públicas proactivas que atiendan de manera inclusiva, accesible y con servicios calificados, a la salud materna de manera integral desde el inicio del embarazo y hasta las primeras semanas después del parto. El análisis de las estadísticas oficiales sobre la mortalidad materna, en particular, es la base de información para las decisiones de las políticas públicas en esta temática.

Las causas obstétricas directas e indirectas fueron responsables del 86% de las muertes maternas a nivel nacional en el 2018, estas incluyen:

-Las muertes maternas por causas obstétricas directas: por hipertensión; por sepsis y otras infecciones asociadas al puerperio; por hemorragias; por problemas de placenta; y por otras causas directas.

-Las muertes maternas por causas obstétricas indirectas abarcan defunciones por enfermedades preexistentes o externas al embarazo pero que complican el embarazo, parto y puerperio.

Por otra parte, las muertes maternas por embarazo terminado en aborto (ETA), representan el grupo de causas de muerte con menor peso relativo en la mortalidad materna agrupada en el año 2018. Respecto a este grupo, es necesario aclarar que el sistema de clasificación de las defunciones y enfermedades CIE garantiza la confidencialidad del médico y del paciente ante un aborto llamado clandestino a través de la existencia de los códigos 005 (otro aborto), 006 (aborto no especificado) y 007 (intento fallido de aborto). [24] Por tal motivo, no permite establecer las circunstancias bajo las cuáles se pudo haber producido el aborto, es decir, imposibilita categorizar al aborto como clandestino. [25] En este sentido, las defunciones por ETA pueden desagregarse para su análisis en dos grupos según la posibilidad de incluir o no al aborto llamado clandestino: a) muertes maternas por aborto provocado, las cuales incluyen muertes maternas por abortos no especificados, otro aborto, intento fallido de aborto y aborto médico; y b) muertes maternas por abortos no provocados, las que incluyen abortos espontáneos, por embarazo ectópico, mola, feto muerto y retenido, y otros productos anormales de la concepción. Sin embargo, la muerte por aborto provocado no especificado no es necesariamente debido al aborto llamado clandestino, por cuanto el cuadro clínico de un aborto con misoprostol es similar al aborto espontáneo, reafirmando el hecho de que la condición de clandestino no es una categoría biomédica. De

ahí que el certificado de defunción de estos fallecimientos no permita incluir esta condición. En cambio, las muertes por abortos no provocados incluyen situaciones completamente definidas y no clasificables en otra categoría.

Cabe señalar que la salud materna está relacionada con la mortalidad neonatal. Es decir que la inversión en la salud materna, impacta significativamente en la salud neonatal e infantil. Un enfoque de prevención y centrado en disminuir los riesgos para la salud materno infantil es necesario para disminuir la mortalidad y morbilidad. Para ello el sistema de salud materno infantil debe estar preparado para resolver las emergencias que pudieran ocurrir, así como atender tanto los partos normales como los patológicos, cumpliendo con las condiciones obstétricas y neonatales esenciales (CONE) definidas por la OMS. Las muertes maternas, incluyendo las causadas por abortos, están altamente relacionadas con el cumplimiento de las condiciones obstétricas y neonatales esenciales (CONE) de las maternidades. En Argentina, persisten aún maternidades públicas que no cumplen con todas las CONE (56%). Y a pesar de que numerosas complicaciones del embarazo están asociadas a hemorragias, el 46% de las maternidades no cumple con la condición de sangre para la transfusión segura. [26]

Añadido a lo anterior, los esfuerzos para la disminución de la mortalidad materna, implican una estrategia sanitaria integral para la prevención incluyendo recursos, cobertura de salud universal abarcando factores protectores que inciden en la disminución de riesgos. Por ejemplo, respecto a la prevención de las muertes maternas por hipertensión son necesarios diagnósticos, atención prenatal, seguimiento y tratamientos adecuados, así como acceso a emergencias obstétricas calificadas. Para las muertes maternas por sepsis y otras infecciones puerperales: mejoras en las condiciones hospitalarias, mejoras en las condiciones de higiene y diagnósticos precoces para el tratamiento temprano de las infecciones. Muertes maternas por hemorragias: sistema de emergencias obstétrico con la rapidez y la disponibilidad de sangre segura necesaria para la transfusión, así como los recursos que reducen el riesgo, tales como la inyección de oxitocina inmediatamente después del parto. Muertes maternas por problemas de placenta: controles y tratamientos adecuados, así como acceso a un sistema de salud calificado. [27]

Paralelamente, diversos estudios indican que las muertes maternas están altamente relacionadas con el aumento del nivel educativo de la mujer, con la mejora en las condiciones de vida, con el acceso a la salud y a maternidades que cumplan con las condiciones obstétricas y neonatales esenciales necesarias para asegurar la salud [28], incluyendo el control prenatal durante todo el embarazo; la atención del parto por profesionales capacitados; la institucionalización del parto; la aten-

ción a la salud en el puerperio; el acceso a servicios de emergencias obstétricos calificados y traslado oportuno al nivel de referencia; mejoras en las condiciones de vida incluyendo agua potable, saneamiento cloacal, nutrición adecuada; cambios en las conductas reproductivas de las mujeres; campañas de prevención para la detección temprana de problemas y síntomas de riesgo para la salud, así como políticas para la prevención de la violencia.

Respecto a la atención prenatal, según los datos de la OMS, en los países desarrollados las embarazadas acceden al menos a cuatro consultas prenatales, y son atendidas por personal capacitado durante el parto y reciben atención post natal. [29] En Argentina, según los datos del sistema perinatal publicados por la Dirección de Maternidad e Infancia en el 2013, se informa que más del 10% de las mujeres embarazadas llegan al parto sin haber tenido contacto alguno con médicos u hospitales, y de las que se controlan, solo un 24% inicia los controles en el primer trimestre. [30] El porcentaje de la atención del parto por profesionales es del 99%, sin embargo, no incluye información sobre la atención postnatal recibida por las puérperas. Paralelamente el 17% de los partos asistidos en maternidades públicas a nivel nacional no presentaron cumplimiento de las CONE ascendiendo a más del 25% de incumplimiento de las condiciones mínimas en 8 jurisdicciones. [31]

Por otra parte, y respecto a la salud materna en general, es necesario considerar que las demoras en el acceso a los controles prenatales, que pudieran ser causadas por la situación mundial del COVID-19, sumado a los escasos recursos sanitarios probablemente acarreen un aumento de la mortalidad no solo materna sino también infantil. [32]

La vigilancia de los datos recopilados sobre la salud de la mujer y sobre la mortalidad materna es clave para mejorar la inclusión, la equidad y la salud de todas las mujeres comprendiendo el rol fundamental que tienen para la sociedad en su conjunto. Todo parece indicar que un enfoque integral de prevención y acceso a una cobertura universal es el camino para disminuir la morbilidad y mortalidad evitable, y para mejorar las probabilidades de cura y la calidad de vida de todas las personas.

LIMITACIONES

Es un estudio exploratorio cuyo insumo son los datos oficiales de natalidad y mortalidad disponibles públicamente en internet en el Ministerio de Salud de la Nación de Argentina. Se realizó una revisión breve de informes a nivel mundial sobre mortalidad materna.

CONCLUSIONES

En el año 2018, último año con estadísticas oficiales disponibles, se registraron 336.823 muertes totales, de hombres y mujeres, de las cuales, 162.408 fueron de mujeres. De mujeres de 15 a 44 años de edad hay 8.078 defunciones en el año 2018. De estas mujeres, al menos el 70% se debe a enfermedades no transmisibles, prevenibles en gran medida trabajando con políticas públicas de prevención sobre los factores de riesgos comunes. En la actualidad, en la Argentina, las mujeres en edad reproductiva, de 15 a 44 años, tienen mayor probabilidad de morir por enfermedades no transmisibles (ENT), como tumores o causas externas, que por embarazo, parto y puerperio.

Sin embargo, en la actualidad persisten muertes maternas evitables que demandan mayores esfuerzos por parte del sistema de salud, y un enfoque de prevención centrado en disminuir los riesgos para prevenir la mortalidad y morbilidad. En el análisis de la mortalidad materna en el periodo analizado, desde el 2001 y hasta el último año con datos disponibles (2018), se observó una reducción del 14% de la mortalidad materna. Cabe destacar que las principales causas de muerte maternas refieren a causas obstétricas directas e indirectas, que en el 2018 son responsables del 86,4% de las 257 muertes maternas. Las causas obstétricas directas representan a nivel nacional la principal causa de muerte materna. En segundo lugar, se observa la mortalidad por causas obstétricas indirectas.

La mortalidad por embarazo terminado en aborto disminuyó en un 62% en este periodo, es decir, más del triple que la caída de la razón promedio, y es la causa de muerte agrupada que ocupa el tercer lugar en la actualidad. Este último grupo de causas, incluye diversos diagnósticos asociados a todo tipo de abortos. Incluye los espontáneos, por feto muerto y retenido, por mola y otras anomalías y complicaciones, y los que podrían ser provocados ya sea en hospitales o clandestinamente. Para poder detectar las muertes maternas por aborto de carácter clandestino es necesario realizar un análisis de los códigos incluidos en este grupo de causas de muerte. El aborto provocado es la causa número 72 de muerte de mujeres de todas las edades, y la número 58 de mujeres en edad fértil. La tasa de incidencia es de 0,08 cada 100.000 mujeres de todas las edades y de 0,35 cada 100.000 mujeres de 15 a 44 años.

Estudios internacionales demuestran que la mortalidad materna por todo tipo de causas disminuye aumentando el nivel educativo de la mujer, brindado acceso a servicios de salud calificados a las embarazadas desde el inicio del embarazo, durante el parto y luego en puerperio, invirtiendo en la mejora de las condiciones

obstétricas y neonatales esenciales de las maternidades, en el acceso a emergencias obstétricas calificadas, en la mejora de las condiciones de vida, en el control de la propia fertilidad, y en la información para la prevención.

AGRADECIMIENTOS

Al doctor Lenin de Janon Quevedo, por su impulso, soporte y revisión crítica del artículo. Y a la doctora Ruth Weinberg, por compartir su vasta experiencia en las maternidades públicas argentinas que fue de gran valor al momento de analizar la mortalidad materna.

BIBLIOGRAFÍA

[1] OMS 2018. World Health Organization. *Enfermedades no transmisibles*. 1 de junio de 2018. Datos y cifras. Acceso en octubre 2020. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>

[2] World Health Organization. *The Global Burden of Disease: 2004 update*. Ginebra 2008. Acceso en octubre 2020. Disponible en: https://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/2004_report_update/en/

[3] OMS 2018 World Health Organization. *Enfermedades no transmisibles*. 1 de junio de 2018. Datos y cifras. Acceso en octubre 2020. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>

[4] Critto ME. Enfoque integral de la salud durante la pandemia. CASUS. Revista de Investigación y Casos en Salud. 2020 Nov 4;5(2):48-9.

[5] República Argentina – Poder Ejecutivo Nacional 2020- Proyecto de Ley INLEG - 2020 - 79395494 - APN - PTE – Referencia: Regulación del Acceso a la interrupción voluntaria del embarazo y a la atención postaborto.

[6] WHO, UNICEF, UNFPA, The World Bank, United Nations Population Division. Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2015. Geneva: WHO; 2015.

[7] WHO, UNICEF, UNFPA, the World Bank, United Nations Population Division. Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2015. Geneva: WHO; 2015.

[8] WHO, UNICEF, UNFPA, the World Bank, United Nations Population Division. Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2015. Geneva: WHO; 2015.

[9] PAHO. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. 2013. 2015. Disponible en: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/women-s-health>

[10] DEIS. Estadísticas Vitales. Dirección de Estadísticas e Información de Salud. Ministerio de Salud de la Nación Argentina. 2018. Disponible en: <http://www.deis.msal.gov.ar/>

[11] PAHO. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, CIE-10. Disponible en: <http://ais.paho.org/classifications/Chapters/>

[12] WHO, UNICEF, UNFPA, the World Bank, United Nations Population Division. Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2015. Geneva: WHO; 2015.

[13] Elaboración Propia con datos oficiales del Ministerio de Salud de la Nación Argentina - DEIS. 2020.

[14] Speranza, A., Lomuto, C., Santa María, C., Nigri, C., & Williams, G. (2011). Evaluación de maternidades públicas argentinas, 2010-2011. *Rev. argent. salud pública*, 43-47.

[15] Margaret C Hogan, Kyle J Foreman, Mohsen Naghavi, Stephanie Y Ahn, Mengru Wang, Susanna M Makela, Alan D Lopez, Rafael Lozano, Christopher J L Murray. Maternal mortality for 181 countries, 1980-2008: a systematic analysis of progress towards Millennium Development Goal 5. p. 1619-1622. *The Lancet*. Vol 375 May 8, 2010.

[16] Koch E, Chireau M, Pliego F, Stanford J, Haddad S, Calhoun B, Aracena P, Bravo M, Gatica S, Thorp J. Abortion legislation, maternal healthcare, fertility, female literacy, sanitation, violence against women and maternal deaths: a natural experiment in 32 Mexican states. *BMJ Open*. 2015 Feb. 23; 5(2):e006013.

[17] Elaboración propia en base a los resultados de los estudios de Margaret C Hogan, Kyle J Foreman, Mohsen Naghavi, Stephanie Y Ahn, Mengru Wang, Susanna M Makela, Alan D Lopez, Rafael Lozano, Christopher J L Murray. Maternal mortality for 181 countries, 1980-2008: a systematic analysis of progress towards Millennium Development Goal 5. p. 1619-1622. *The Lancet*. Vol 375 May 8, 2010. Y de Koch E, Chireau M, Pliego F, Stanford J, Haddad S, Calhoun B, Aracena P, Bravo M, Gatica S, Thorp J. Abortion legislation, maternal healthcare, fertility, female literacy, sanitation, violence against women and maternal deaths: a natural experiment in 32 Mexican states. *BMJ Open*. 2015 Feb. 23; 5(2):e006013.

[18] OPS 2015. Organización Panamericana de la Salud. Factores de riesgo de

las enfermedades no transmisibles en la Región de las Américas: Consideraciones para fortalecer la capacidad regulatoria. 2015. Acceso en octubre 2020. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/28227/9789275318669_spa.pdf?sequence=6&isAllowed=y

[19] DEIS. Ministerio de Salud de la Nación; Argentina. 2020. Disponible en <http://www.deis.msal.gov.ar/Capacitacion/sistema.htm>

[20] WHO, UNICEF, UNFPA, the World Bank, United Nations Population Division. Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2013. Geneva: WHO; p.47

[21] WHO, UNICEF, UNFPA, the World Bank, United Nations Population Division. Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2015. Geneva: WHO; 2015. p.45-46.

[22] EORMM 2014. Ministerio de Salud de la Nación. Disponible en: [hlp://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000001252cnt-estudio-eorrm.pdf](http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000001252cnt-estudio-eorrm.pdf)

[23] Organización Mundial de la Salud. Mortalidad Materna. 2015. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>.

[24] OPS 1992. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud Décima Revisión. Disponible en <http://ais.paho.org/classifications/Chapters/pdf/Volume2.pdf>

[25] Presidencia de la Nación. Informe del Jefe de Gabinete de Ministros a la Honorable Cámara de Diputados de la Nación. Informe 110. 2018. Argentina. P. 953 "Cabe aclarar que no forma parte del objetivo del instrumento de recolección de datos ni de la CIE-10 poder desagregar las defunciones debidas a Embarazo terminado en aborto según las circunstancias en las que el aborto se produjo en relación a, por ejemplo, al carácter clandestino del mismo." Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/jefatura/informes-al-congreso>

[26] Speranza, A., Lomuto, C., Santa María, C., Nigri, C., & Williams, G. (2011). Evaluación de maternidades públicas argentinas, 2010-2011. *Rev. argent. salud pública*, 43-47.

[27] Organización Mundial de la Salud, Notas descriptivas, Mortalidad materna, 19 de septiembre de 2019.

[28] ¿Dónde y cómo nacen los niños en la Argentina? Dra. Celia Lomuto. Septiembre 2011. Subsecretaría de Salud Comunitaria. Dirección Nacional de Maternidad e Infancia.

[29] Organización Mundial de la Salud, Notas descriptivas, Mortalidad materna, 19 de septiembre de 2019.

[30] Ministerio de Salud de la Nación. Dirección Nacional de Maternidad e Infancia. Recomendaciones para la práctica del Control preconcepcional, prenatal y puerperal. Edición 2013. Pag. 11.

[31] Speranza, A., Lomuto, C., Santa María, C., Nigri, C., & Williams, G. (2011). Evaluación de maternidades públicas argentinas, 2010-2011. Rev. argent. salud publica, 43-47.

[32] Robertson T, Carter ED, Chou VB, Stegmuller AR, Jackson BD, Tam Y, Sawadogo-Lewis T, Walker N. Early estimates of the indirect effects of the COVID-19 pandemic on maternal and child mortality in low-income and middle-income countries: a modelling study. The Lancet Global Health. 2020 May 12.