

Cirugía y Cirujanos

Volumen **72**
Volume

Número **4**
Number

Julio-Agosto **2004**
July-Agosto




Artículo:

Editorial




Mortalidad materna: antiguo problema
que persiste en nuestra época

Derechos reservados, Copyright © 2004:
Academia Mexicana de Cirugía

**Otras secciones de
este sitio:**

-  **Índice de este número**
-  **Más revistas**
-  **Búsqueda**

***Others sections in
this web site:***

-  ***Contents of this number***
-  ***More journals***
-  ***Search***



medigraphic.com

Editorial

Mortalidad materna: antiguo problema que persiste en nuestra época

*Dr. Vitelio Velasco-Murillo**

El panorama epidemiológico actual de la mortalidad materna, al igual que hace varias décadas, sigue mostrando una gran asimetría entre continentes, regiones y países. 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⁽¹⁾. 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.

La mortalidad materna en el mundo en desarrollo comparte ciertas características comunes: en su mayoría es obstétrica directa, es decir, causada por patología propia del estado grávido-puerperal o derivada de las intervenciones para su atención; está originada por padecimientos previsibles como la preeclampsia-eclampsia, las hemorragias del parto y el puerperio, las infecciones puerperales y las complicaciones del aborto; 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⁽²⁾.

La situación de la mortalidad materna en México reúne todas las características anteriores, aunque resulta innega-

ble que ha experimentado 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⁽³⁾. No obstante, tales cifras son 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. Además, las acentuadas variaciones regionales y las diferencias urbanorurales son expresión de la persistencia de desigualdad económica y social para amplios sectores nacionales, que, entre otras consecuencias, conducen a la inequidad en el acceso a los servicios profesionales de salud durante el embarazo, parto y puerperio.

En el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), donde se atiende casi la mitad de los nacimientos ocurridos en las unidades médicas del país, el panorama epidemiológico de la mortalidad materna, si bien significativamente mejor que el de México en su conjunto, comparte algunas de las características antes señaladas. Por ello, el análisis de sus causas, cifras y tendencias, ha permitido identificar áreas de oportunidad en las que se han desarrollado intervenciones que potencialmente podrían modificar con mayor rapidez la situación descrita. Como resultado de la instrumentación de una de ellas, al término de 2003 el IMSS registró la tasa de mortalidad materna más baja de la historia institucional: 29.2 por 100 mil nacidos vivos⁽⁴⁾.

Pese a estos avances, no se debe olvidar que ningún país de la región latinoamericana, entre ellos el nuestro, ha podido cumplir con el compromiso establecido desde 1989 con motivo de la Cumbre Mundial a Favor de la Infancia: reducir 50% las tasas de mortalidad materna registradas en 1990, convenio reiterado recientemente en la 26ª Conferencia Sanitaria Panamericana por la Organización Panamericana de la Salud, donde se estableció la meta de disminuirlas en 75% para el año 2015⁽⁵⁾.

¿Qué se puede hacer para enfrentar este desafío?

En la búsqueda de soluciones conviene tener presentes algunos aspectos fundamentales para mejorar las condiciones actuales de la salud materna:

* Jefe de la División de Salud Materna. Coordinación de Salud Reproductiva, IMSS.

Solicitud de sobretiros:

Dr. Vitelio Velasco-Murillo
División de Salud Materna,
Mier y Pesado 120, planta baja,
Col. Del Valle, 06100 México, D. F.
Tel: 5536 0682.

E-mail: Viteliov@aol.com y vitelio.velascom@imss.gob.mx

Recibido para publicación: 12-04-2004.

Aceptado para publicación: 06-07-2004.

1. Elevar los niveles educativos de la población para participar en forma activa en el autocuidado de su salud. Ello permitirá lograr el inicio temprano de la vigilancia prenatal, la continuidad satisfactoria de las embarazadas en ella, la disuasión de hábitos nocivos, el uso oportuno de los servicios médicos ante la presencia de signos y síntomas de alarma y la asistencia sistemática a la atención médica durante el puerperio.
2. Ampliar en forma progresiva la cobertura de los servicios médicos para la salud materna, e incorporar a ella la perspectiva de género con el fin de garantizar la equidad indispensable para la atención de las mujeres por el personal profesional.
3. Mejorar la calidad de la atención médica durante las etapas preconcepcional, embarazo, parto y puerperio, mediante la prevención de los embarazos de alto riesgo, la actualización continua de los prestadores de servicios y la incorporación de las tecnologías apropiadas para la atención materna.
4. Promover la investigación epidemiológica, biomédica, clínica y de servicios de salud que permita la identificación precisa de los problemas asociados con los altos niveles de mortalidad materna y el desarrollo de acciones de diagnóstico oportuno y mejora en la calidad de la atención⁽⁶⁻⁸⁾.

Es innegable que tales propósitos enfrentan obstáculos claros: las dificultades para hacer realidad la cobertura universal por los servicios de salud; la inadecuada distribución y, en ocasiones, la limitación en los recursos humanos y materiales para la atención médica; el largo plazo requerido para observar el impacto de la educación en las condiciones

de salud y en la utilización de los servicios médicos por parte de la población.

Por lo tanto, resulta indispensable voluntad política, claridad de objetivos y trabajo coordinado y sostenido entre las instituciones y dependencias de los sectores público, privado y social en el camino progresivo que la sociedad mexicana está emprendiendo hacia el desarrollo.

Referencias

1. Velasco-Murillo V. Mortalidad materna en el Instituto Mexicano del Seguro Social 1992-2001. *Gac Med Mex* 2003;139(Suppl 1):S17-S22.
2. Bouvier-Colle MH. Maternal mortality in developing countries: statistical data and improvement in obstetrical care. *Med Trop (Mars)* 2003;63(4-5):358-365.
3. Secretaría de Salud. Tercer informe de labores. México: IMSS; 2003.
4. Velasco-Murillo V, Navarrete-Hernández E, Hernández-Alemán F, Anaya-Coeto S, Pozos-Cavanzo JL, Chavarría-Olarte ME. Mortalidad materna en el IMSS. Resultados iniciales de una intervención para su reducción. *Cir Ciruj* 2004.
5. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia regional para la reducción de la mortalidad y morbilidad maternas. Washington, D.C: OMS-USAID; 2003.
6. Chavarría ME, Lara-González L, González-Gleason A, Sojo I, Reyes A. Maternal plasma cellular fibronectin concentrations in normal and preeclamptic pregnancies: A longitudinal study for early prediction of preeclampsia. *Am J Obstet Gynecol* 2002;187:595-601.
7. Chavarría ME, Lara-González L, González-Gleason A, García-Paleta Y, Vital-Reyes VS, Reyes A. Prostacyclin/thromboxane early changes in pregnancies that are complicated by preeclampsia. *Am J Obstet Gynecol* 2003;188:986-992.
8. Chavarría ME, Lara-González L, García-Paleta Y, Vital-Reyes VS, Velasco-Murillo V, Reyes A. Adhesion molecules changes at 20 gestation weeks in pregnancies complicated with preeclampsia. *Am J Obstet Gynecol* 2004 (en prensa).

