

MEDICIÓN DE LA MORTALIDAD MATERNA EN GUATEMALA

El Observatorio en Salud Reproductiva -OSAR, en cumplimiento de su misión de monitorear y fiscalizar la implementación de las políticas públicas en salud sexual y reproductiva, presenta el boletín informativo No.1 “Medición de la Mortalidad Materna en Guatemala”.

El Objetivo 5 de las Metas del Milenio - ODM, es la reducción de la mortalidad materna en $\frac{3}{4}$ partes de lo observado en el año 1990 para el año 2015. Es decir, Guatemala tiene el compromiso de reducir de 219 a 55 muertes maternas por cada cien mil nacidos vivos. Desde hace 20 años, la reducción de la mortalidad materna ha sido una prioridad dentro de las políticas de salud gubernamentales, lo cual se ha reflejado en diversas estrategias, instrumentos y protocolos de atención, que cada cuatro años (período de gobierno) son renovados, readaptados o cambiados. Sin embargo, no se ha realizado el proceso de monitoreo y evaluación sobre las fortalezas, debilidades y los resultados de su implementación, así como los retos y desafíos que deben considerarse en la modificación de la estrategia a nivel nacional, departamental y municipal.

Otro elemento importante que ha caracterizado los diversos modelos implementados en Guatemala para la reducción de la mortalidad materna, lo constituye una asignación presupuestaria deficiente; muchas veces invisible a la auditoría social, no acorde a las estrategias y resultados que se desean alcanzar. Por ejemplo el incremento en la atención del parto institucional, la capacitación en competencias del personal de salud de los distintos niveles de atención, los sistemas de referencia y contra referencia, los cuales implican necesariamente un costo financiero alto. Dicho costo debe ser proyectado dentro de la estrategia e incrementado proporcionalmente conforme se avanza en la cobertura del país, y por ende contribuir a reducir la mortalidad materna. A través de este boletín informativo, el OSAR coloca a disposición de técnicos/as, tomadores de decisión y organizaciones de la sociedad civil, información actualizada sobre la evidencia científica, estudios e investigaciones relevantes que sirven de marco de comparación entre Guatemala y otros países del mundo y permiten evidenciar estrategias exitosas, áreas prioritarias para la inversión, etc.

La firma de un convenio para el mejoramiento de la información de la muerte materna, entre el OSAR y el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social-MSPAS es el resultado de un programa de trabajo conjunto que tiene como propósito el acceso y análisis de la información, la construcción de propuestas y el monitoreo a la reducción de la muerte materna en un espacio compartido entre sociedad civil, ejecutivo, legislativo y la academia.

CONCEPTOS Y MEDICION MORTALIDAD MATERNA

En la décima revisión de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Conexos de 1989 (CIE-10), la Organización Mundial de la Salud - OMS, define la defunción materna como: La muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo,



Boletín No. 1





independientemente de la duración y el sitio del embarazo, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales.

En Guatemala la identificación precisa de las causas de defunción materna, determinando en qué medida son causas directas o indirectas o accidentales o incidentales, no siempre es posible, especialmente en lugares donde la mayor parte de los partos tienen lugar en casa, y/o no existen sistemas de registro civil con correcto registro de causas.

Las complicaciones del embarazo o del parto también pueden desembocar en defunción después de las seis semanas del puerperio. Además, la creciente generalización de tecnologías y procedimientos modernos para el soporte vital posibilita que más mujeres sobrevivan a los resultados adversos del embarazo y el parto, y se retrase la defunción más allá de los 42 días del puerperio. Estas muertes, a pesar de estar causadas por acontecimientos relacionados con el embarazo, no cuentan como defunciones maternas en los sistemas de registro civil habituales. Con el fin de abarcar estas muertes diferidas, que se producen entre seis semanas y un año después del parto, en la CIE-10¹ se incluyó un concepto alternativo de defunción materna tardía.

Existe acuerdo internacional en cuanto a que el número de defunciones maternas en una población es esencialmente producto de dos factores: el riesgo de mortalidad asociada a un único embarazo o a un único nacido vivo, y el número de embarazos o partos que experimentan las mujeres en edad fértil. La Razón de Mortalidad Materna -RMM, se define como el número de defunciones maternas en una población dividida por el número de nacidos vivos; así pues, representa el riesgo de defunción materna en relación con el número de nacidos vivos. Es una razón porque el denominador no contiene al numerador. Esta es la medida adoptada oficialmente por Guatemala a partir del año 2000².

MEDICIÓN INTERNACIONAL

La Organización Mundial de la Salud -OMS, el Fondo para la Infancia de las Naciones Unidas -UNICEF y el Fondo de Población de las Naciones Unidas - UNFPA, ya realizaron con anterioridad al 2005, tres intentos de desarrollar estimaciones de la mortalidad materna internacionalmente comparables (en 1990, 1995 y 2000) desde una perspectiva que englobara diferentes fuentes de datos. Sin embargo, la metodología concreta utilizada en cada ejercicio fue diferente. El desarrollo de estimaciones nacionales, regionales y mundiales en 2005 siguió un planteamiento similar, pero utilizó técnicas metodológicas mejoradas³. En función de la fuente y el tipo de datos de mortalidad materna, se distribuyó a los países en ocho grupos, Guatemala se incluyó en el grupo H.

Grupo	Fuentes de los datos de mortalidad materna	Número de países / territorios	% de países / territorios en cada categoría	% de nacimientos mundiales cubiertos
A	Registro civil de carácter completo, con buena atribución de la causa de defunción.	59	35	13,1
B	Registro civil de carácter completo, con atribución incierta o mala de la causa de defunción	6	4	1,0
C	Estimaciones sonoras directas	28	16	15,7

1 Décima versión de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y otros Problemas de Salud; del inglés ICD (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems), provee los códigos para clasificar las enfermedades y una amplia variedad de signos, síntomas, hallazgos anormales, denuncias, circunstancias sociales y causas externas de daños y/o enfermedad

2 MSPAS. LBMM.2003

3 OMS. Mortalidad materna en 2005: Estimaciones elaboradas por la OMS, el UNFPA, la UNICEF y el Banco Mundial. Ginebra 2008.



Grupo	Fuentes de los datos de mortalidad materna	Número de países / territorios	% de países / territorios en cada categoría	% de nacimientos mundiales cubiertos
D	RAMOS	4	2	5,5
E	Vigencia de enfermedades o registro de muestras	2	1	32,4
F	Censo	5	3	2,2
G	Estudios especiales	6	4	5,4
H	Sin datos nacionales sobre mortalidad materna.	61	36	24,5
	Total	171	100	99,8

A continuación se incluyen las estimaciones de la mortalidad materna en 2005 para Guatemala.

Riesgo de defunción materna a lo largo de la vida (porcentaje)	RMM (Defunciones maternas por 100,000 NV)	Margen de incertidumbre de las estimaciones de la RMM	
		Estimación mínima	Estimación máxima
71	290	100	650

Según los responsables de las estimaciones de la mortalidad materna, estas son indicativas del alcance del problema de la mortalidad materna y debería llamarse la atención sobre la necesidad tanto de mejorar la estrategia para reducir la mortalidad materna como de aumentar los esfuerzos dirigidos a generar datos confiables para estimar los niveles de mortalidad materna.

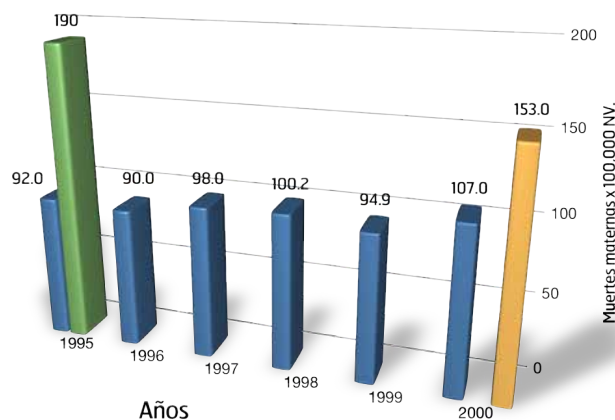
DATA SELECCIONADA ESTUDIO DE LÍNEA BASAL DE MORTALIDAD MATERNA 2000	
5076	Muertes en mujeres de 10 a 49 años
651	Muertes maternas reales, luego de entrevistas y análisis de casos
412	Muertes maternas reportadas por registros civiles.
44%	Subregistro promedio.
1.58	Factor de ajuste.
RMM + Alta	Mujeres menores de 20 años y mayores de 35.
53%	Muertes maternas ocurrieron el día del parto
58%	Muertes maternas con embarazos a término
54%	Muertes maternas ocurrieron en el hogar
37.5%	Muertes maternas en hospitales públicos
3.9%	Muertes maternas en hospitales privados
211	RMM Mujer indígena
70	RMM Mujer no indígena
43%	MM Atención de comadrona en resolución de embarazo
33%	MM Atención de médico en resolución de embarazo.

MEDICIÓN NACIONAL

El estudio del Medina (1989) encontró un nivel de mortalidad materna de 219 muertes por 100,000 nacidos y un subregistro de 46%. El estudio de OPS y el MSPAS encontró en 1985 un nivel de mortalidad materna de 205 y un subregistro de 42%. El estudio del INCAP en 1989-1990 encontró una mortalidad materna de 230 y un subregistro de 66%. El estudio de Kestler en el área metropolitana muestra para los años 93-96 un nivel de 156 y un subregistro de 66%.

Estos datos de la línea basal de mortalidad materna del 2000, son el punto de partida y constituyen la línea base de monitoreo, para la estrategia de reducción de mortalidad materna que Guatemala debe implementar. La brecha existente entre mujeres indígenas (211 RMM), MM en el momento del parto (53%), MM en atención por comadrona (43%), MM en el hogar (58%) comparadas con las cifras nacionales del SIGSA del año 2008, nos muestran que el sistema de salud de últimos 8 años, no ha podido modificar estos datos, y siguen muriendo mujeres por causas maternas prevenibles.

Gráfico No.1. 1995-2000: Evolución de la Razón de la Mortalidad Materna en Guatemala



REINGENIERIA DE LOS FLUJOS DE INFORMACIÓN DE LA MORTALIDAD MATERNA MEDIANTE UN ESFUERZO CONJUNTO ENTRE MSPAS Y OSAR

Con el objetivo de mejorar el sistema de información en la vigilancia de la muerte materna en Guatemala, se realizaron 5 reuniones de trabajo entre el equipo técnico al más alto nivel del MSPAS y el OSAR, con la participación de las diputadas y el presidente del Congreso de la República.

Durante las reuniones técnicas y foros efectuados en febrero, marzo y abril del presente año, se llegó a las siguientes conclusiones:

- La magnitud del problema de la muerte materna rebasa la capacidad institucional para dar seguimiento a las defunciones de mujeres en edad fértil (10 a 54 años, 15,000 anuales), población a estudiar para detectar las muertes maternas en el país.
- Existe en el nivel local poca capacidad técnica para la recolección de datos, la identificación de la causalidad de la defunción materna, el análisis y el plan de acción para evitarlas. Un factor importante es el escaso recurso financiero de los distritos de salud para la vigilancia de la MM, por ejemplo los recursos para la movilización (transporte-gasolina) del personal hacia las comunidades donde ocurre la muerte materna.
- La información producida es incompleta y tardía, debido a varios factores, entre los que se encuentran: un sistema de información fraccionado, protocolo de vigilancia de la muerte materna que no se operativiza y está desactualizado.
- Es necesario el monitoreo al Sistema de Integración Gerencial en Salud -SIGSA, como responsable de captar, recibir, consolidar y brindar el acceso del flujo de información de las muertes maternas reportadas por las direcciones de área de salud -DAS, siendo estas últimas responsables de verificar la calidad, oportunidad y cumplimiento del protocolo de vigilancia epidemiológica de la muerte materna.
- La puesta en funcionamiento del Registro Nacional de Personas -RENAP ha ocasionado dificultad en la obtención de datos de estadísticas vitales se ha avanzado en la obtención de un documento de identificación, pero se ha descuidado el registro de nacimientos y muertes. Es necesaria la coordinación entre el MSPAS y el RENAP, a nivel central y local.
- El Instituto Nacional de Estadística -INE, es el responsable del sistema estadístico nacional, pero debido a su debilidad institucional no logra contribuir al sistema de información de mortalidad materna.
- Es necesario un mecanismo de coordinación interministerial ad-hoc entre MSPAS, Ministerio de Educación -MINEDUC, y Ministerio de Finanzas Públicas -MIFIN, para avanzar en la estrategia de reducción de



mortalidad materna -ERMM.

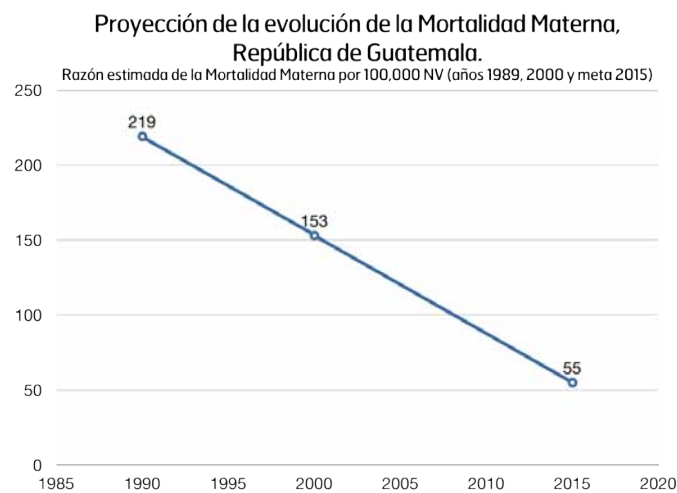
De las conclusiones anteriores se derivan un conjunto de transformaciones necesarias al flujo de información de la mortalidad materna, que debe considerar además la complejidad y utilidad que esta tiene para monitorear y evaluar las intervenciones para reducir, a niveles socialmente aceptables y plazos razonables, la razón de la muerte materna. Las transformaciones necesarias son de tipo político, institucional en el MSPAS, e interinstitucionales entre MSPAS-RENAP-INE-y otros sectores.

FIRMA DEL CONVENIO MSPAS-CONGRESO/OSAR PARA MEJORAR EL SISTEMA DE INFORMACION EN LA VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE LA MUERTE MATERNA EN GUATEMALA

El 30 de marzo, se firmó el convenio para el mejoramiento de la información de la muerte materna, entre el OSAR y el MSPAS, bajo el considerando: para la toma de decisiones, a través de su análisis pueden definirse acciones, intervenciones, proyectarse recursos necesarios y resultados en período de tiempo determinado.

Este convenio, permitirá conocer la información sobre: las estadísticas vitales nacimiento y defunciones, las defunciones de mujeres en edad fértil sospechosas de muerte materna, los indicadores de gestión del protocolo de vigilancia de la muerte materna, los resultados de la sala situacional de salud reproductiva, en forma mensual.

El análisis de esta información permitirá: la construcción de propuestas, definición de prioridades y el monitoreo a la reducción de la muerte materna en un espacio compartido entre sociedad civil, ejecutivo, legislativo y la academia.



Fuente: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

RESUMEN

La agenda de trabajo del OSAR durante el primer trimestre del 2009, ha sido el desarrollo de un sistema de mejoramiento para el flujo de información de la vigilancia epidemiológica de la muerte materna. Establecer la magnitud de problema de muerte materna es el paso inicial para su reducción, se debe "contar cada muerte, porque cada muerte cuenta", en la desintegración de una familia, en la tragedia social por la pérdida de una vida productiva, en lo moral por un sistema de salud que no dio respuesta a la emergencia, y un Estado impasible ante la pérdida de vidas de mujeres a causa del embarazo, parto o posparto, de las cuales el 90% pudo ser salvada o evitarse.

Como resumen, las acciones emergentes que deben considerarse en esta lucha contra la muerte materna son:

El reconocimiento y seguimiento de las intervenciones con evidencia científica para la reducción de la mortalidad materna, como el acceso a servicios de planificación familiar, programas de educación sexual, programas de prevención de embarazo en adolescentes y capacitación en competencias para la atención de la emergencia obstétrica a diferentes niveles del sistema de salud. Estas acciones deben contar con incremento de cobertura anual, planteadas por las Direcciones de Área de Salud en consenso con sus distritos de salud y el programa de extensión de cobertura (PEC). Es decir, incluir el presupuesto necesario para alcanzar con calidad los objetivos de provisión de servicios planteados.

La voluntad política transformada en recursos financieros suficientes para implementar la estrategia de reducción de la mortalidad materna, y su monitoreo a nivel central, departamental y municipal.

La inmediata firma del convenio entre el RENAP y el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, para garantizar la disposición de estadísticas vitales confiables.

Programas de auditoría social y vigilancia ciudadana con la participación de todos los sectores sociales y autoridades locales, en la implementación de la Estrategia de Reducción de la Mortalidad Materna (ERMM) que incluyan la pertinencia cultural en la prestación de servicios de salud.



www.osarguatemala.org
6 calle 1-36 Zona 10.
Edificio Valsari Oficina 702
Tel. (502) 2362-3572

Las mujeres no mueren porque no podamos tratar sus complicaciones, mueren porque las sociedades tienen que tomar la decisión si vale la pena salvar estas vidas.

Mahmoud Fathalla

Ginecólogo y obstetra Egipcio. Premio al desarrollo Naciones Unidas 2009