

**Título del trabajo:** Muertes no institucionales de mujeres en edad fértil y su relación con las muertes maternas en la Argentina

**Autores:**

Fernández, Silvia\*; Rosenstein, Melissa\*; Romero, Mariana\*\*; Ortiz, Zulma\*\*\*; Insúa, Ivan\*\*\*; Ramos, Silvina\*\*\*\*.

**Afiliación institucional:**

\* CEDES (Centro de Estudios de Estado y Sociedad)

\*\*CEDES / CONICET

\*\*\* Instituto de Investigaciones Epidemiológicas, Academia Nacional de Medicina y Comisión Nacional Salud Investiga y Ministerio de Salud de la Nación

\*\*\*\* CEDES y Comisión Nacional Salud Investiga, Ministerio de Salud de la Nación

**Introducción**

En esta ponencia se presentan los resultados del estudio ***Muertes no institucionales de mujeres en edad fértil y su relación con las muertes maternas en la Argentina***, proyecto colaborativo multicéntrico coordinado por el CEDES y que contó con el apoyo de la Comisión Nacional de Programas de Investigaciones Sanitarias (CONAPRIS) del Ministerio de Salud de la Nación, del FNUAP (Fondo de Población de Naciones Unidas) y OPS/OMS (Organización Panamericana de la Salud). La investigación se realizó en cinco provincias y se llevó a cabo entre junio de 2004 y mayo de 2005.

Las complicaciones del embarazo y el parto son las principales causas de incapacidad y muerte entre las mujeres de 15 a 49 años de edad en los países en desarrollo (World Bank, 1993). La muerte materna (MM) es uno de los indicadores más utilizados en salud pública para dar cuenta de la inequidad social en el acceso a los servicios de salud y la calidad de la atención y se la considera un evento trazador de la efectividad de las intervenciones clínicas y sanitarias (Martínez Navarro y cols, 2004).

Se calcula que en el mundo muere cada minuto una mujer por complicaciones del embarazo y el parto. Ello representa más de 500.000 mujeres que mueren cada año. El 99% de estas muertes ocurren en países en vías de desarrollo (WHO y UNICEF, 1996).

En Argentina la Razón de Mortalidad Materna (RMM) es relativamente elevada si se tienen en cuenta otros indicadores nacionales, como la tasa global de fecundidad, el número de controles prenatales por mujer y el porcentaje de partos institucionales (CELS, 2003). En 2005, la RMM en nuestro país fue de 39 por 100.000 NV<sup>1</sup> (MSAL, 2006). En contraposición, otros países de la región con similar nivel de desarrollo al nuestro presentan RMM significativamente más bajas. A modo de ejemplo, Chile presenta una RMM de 17 por 100.000 NV (INE, 2005).

En este contexto, mejorar la salud materna –y por ende, reducir las MM- aparece como una de las prioridades de las políticas sanitarias actuales. La Argentina suscribió compromisos internacionales y nacionales en este sentido. Entre los primeros, se destacan los Objetivos de Desarrollo del Milenio que proponen para 2015 la reducción del 75% de las MM en relación a 1990, lo que implicaría una RMM nacional de 13 por 100.000 NV. De seguir la tendencia actual, sólo se alcanzaría un nivel de 38 por 100.000 NV, lejos de lo que debería cumplirse (Comisión Salud Investiga, 2006). A nivel nacional, el Plan Federal de Salud (2004-2007) estableció entre sus metas que la RMM del país debería disminuir en un 20% para el año 2007, en relación con el año 2002, y que la RMM de las jurisdicciones por encima del doble de la tasa nacional debería disminuir en un 50%. Por otra parte, en 2004 los ministros de salud firmaron el Compromiso para la Reducción de la Mortalidad Materna en la Argentina, que insta a garantizar el acceso a servicios de salud y la asistencia segura del parto, a asegurar que el proceso de atención tome en cuenta los aspectos psicosociales, la atención humanizada y efectiva de las mujeres que se hayan realizado un aborto, el asesoramiento y provisión de insumos anticonceptivos (MSyAS, 2004).

La investigación de los diferentes aspectos de la mortalidad materna se convierte en una de las herramientas clave para lograr su reducción. Con ese propósito, el Ministerio de Salud de la Nación, a través de la Comisión Nacional de Programas de Investigación Sanitaria (CONAPRIS), estableció la mortalidad materna como una de las líneas prioritarias para el desarrollo de estudios multicéntricos en la Argentina. A través de esta iniciativa, CEDES llevó a cabo un

---

<sup>1</sup> NV: nacidos vivos.

estudio en 2003 cuyo objetivo fue realizar un diagnóstico de situación de la mortalidad materna en zonas críticas de la Argentina. Este estudio , seleccionó seis de las provincias con RMM por encima de la nacional (Chaco, Formosa, Mendoza, San Juan, San Luis y Tucumán) y re-estimó la magnitud, evaluó los sistemas de registros o notificación de las muertes maternas, y exploró algunos de los factores sociales y sanitarios asociados a éstas (Ramos y cols, 2004). Los resultados mostraron que el nivel de subregistro de las defunciones maternas<sup>2</sup> fue de 9,5% para las seis provincias estudiadas, porcentaje que asciende al 15,4% cuando se consideran las muertes maternas tardías<sup>3</sup>. También dio cuenta de la proporción de las muertes no institucionales de mujeres en edad fértil (10 a 49 años) en esas jurisdicciones analizadas: de las 1.516 muertes de mujeres en edad fértil en las seis provincias, 30,7% ocurrieron fuera del ámbito asistencial (domicilio, vía pública, trayecto u otros lugares), y, entre éstas, las ocurridas en los domicilios representaron el 75% del total. Estos resultados plantearon algunos interrogantes que dieron origen a un segundo estudio, cuyos resultados aquí se presentan.

Una de las preguntas fue acerca de las razones por las cuales los decesos ocurren fuera del sistema asistencial. Las posibles hipótesis indican que en algunos casos el carácter no institucional de la muerte puede estar relacionado con la causa, por tratarse de decesos accidentales. En otros, los motivos pueden estar asociados a distintos tipos de barreras para el acceso a una atención oportuna, por ausencia de detección de signos de alarma y/o problemas que condicionan el traslado formal de una persona (provisto por el sistema de salud) o informal (alternativas generadas desde el individuo, su familia y/o su comunidad). Los determinantes de género también pueden ser una barrera para la definición de la oportunidad y las características del acceso a los servicios, máxime cuando puede tratarse de una muerte debida a complicaciones de abortos realizados en situación de clandestinidad (Langer et al, 2000).

El fenómeno de las muertes no institucionales de mujeres en edad fértil podría por sí mismo constituir un evento trazador para detectar limitaciones en la contención de las redes sociales,

---

<sup>2</sup> Según la CIE 10, la defunción materna es la muerte de una mujer durante el embarazo, parto y/o hasta 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de su duración y localización, debido a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención, excluyendo las causas accidentales o incidentales.

<sup>3</sup> Según la CIE 10, muerte materna tardía es la muerte de una mujer por causas obstétricas directas o indirectas, ocurridas después de los 42 días y antes de un año de la terminación del embarazo.

fallas en el sistema sanitario, barreras en la accesibilidad, así como morbilidad severa de las mujeres.

A partir de lo expuesto, el estudio de las muertes no institucionales de mujeres en edad fértil cobra relevancia para la vigilancia de las muertes maternas. La estimación de la magnitud de estas defunciones, el análisis de su perfil y la identificación de las posibles muertes maternas dentro de ese grupo (específicamente aquellas debidas al aborto y sus complicaciones), así como de los determinantes de la muerte no institucional, pueden resultar aportes sustantivos para un mejor tratamiento de la situación de la mortalidad materna en el país.

### **Objetivos del estudio**

General: analizar los factores económicos, sociales, culturales y sanitarios relacionados con las muertes de mujeres en edad fértil que ocurren fuera de las instituciones de salud.

Específicos:

- Caracterizar sociodemográficamente a las mujeres en edad fértil que fallecieron fuera de las instituciones de salud.
- Estimar la magnitud de las muertes no institucionales por causas maternas.
- Identificar y describir las grandes causas de muertes maternas.
- Explorar la relación entre los fallecimientos por lesiones y las muertes maternas.

A los fines de esta presentación, centraremos la ponencia en los resultados pertinentes a las muertes maternas.

### **Metodología**

El diseño del estudio fue descriptivo de corte transversal y poblacional ecológico. Se realizó en cinco provincias argentinas (Chaco, Formosa, Mendoza, San Luis y Tucumán). La elección de los sitios se basó en que estos participaron de la investigación previa llevada a cabo por CEDES (Ramos et al, 2004). Con la finalidad de complementar la información entre ambos estudios, se seleccionaron los mismos sitios y el mismo período de estudio.

Se utilizó una combinación de metodologías cuantitativa y cualitativa: análisis de las bases de mortalidad provinciales y nacional y de la información de los registros civiles y aplicación de la técnica de autopsia verbal (AV).

Se analizaron la totalidad de las muertes de mujeres de 10 a 49 años ocurridas durante el año 2002 en cada una de las provincias seleccionadas. La población del estudio fueron todas las muertes consignadas como “no institucionales” según el Informe Estadístico de Defunción (IED) y la base de datos nacional, excluyendo los accidentes de tránsito, las muertes institucionales y las ocurridas en lugares desconocidos (Figura 1).

La base de datos nacional contiene la edad de la fallecida, la fecha, la causa y el lugar de la muerte. Para realizar las autopsias verbales, se cruzó esta información con la de los registros civiles provinciales, que no está protegida por el secreto estadístico, lo que permitió obtener el listado de las familias a entrevistar. A partir del listado de casos resultante, se entrevistaron 252 familias utilizando la AV. Esta herramienta permite revisar las causas médicas de la muerte así como los factores personales, familiares o comunitarios que pudieron haber contribuido al fallecimiento. Consiste en una entrevista cara a cara a familiares o personas cercanas a la mujer fallecida para relevar información que permita reconstruir la historia y el camino recorrido por la mujer desde que percibió algún malestar hasta que falleció (WHO, 2004).

La AV es utilizada en países donde el registro de muertes es deficiente y donde las causas del fallecimiento suelen estar mal consignadas. Ha sido aplicada en diversos estudios, tanto para el caso de las muertes maternas como para las muertes infantiles, y también, en menor medida, para población adulta fallecida (Kane *et al.*, 1992; Chandramohan *et al.*, 1998; Sloan *et al.*, 2001; Langer *et al.*, 2000; Gajalakshmi, 2002; Gajalakshmi y Peto, 2004).

El cuestionario utilizado recogió experiencias de estudios realizados en México por Langer y cols (2000), Walker y cols. (2004) así como WHO (2004). A los fines de organizar el flujo de secciones y preguntas se lo dividió en 8 secciones:

1. Identificación del mejor respondente
2. Datos sociodemográficos de la mujer fallecida y de su familia
3. Relato del familiar o allegado sobre lo sucedido a la mujer fallecida

4. Identificación de problemas de salud relacionados o no con la muerte
5. Confirmación de muertes maternas
6. Búsqueda de atención
7. Vinculación entre muerte materna y violencia
8. Cierre de la entrevista donde se le ofrece al entrevistado/a la posibilidad de agregar la información o comentarios que considere relevantes

El trabajo de campo se realizó entre mayo y septiembre de 2005. En cada provincia se designó un referente quien tuvo a su cargo la supervisión del trabajo. Las AV fueron realizadas por entrevistadoras mujeres (psicólogas, trabajadoras sociales, enfermeras, sociólogas) quienes fueron especialmente capacitadas durante dos días en cada sitio. Los equipos estuvieron conformados por 29 entrevistadoras en total. Las entrevistas tuvieron lugar en los domicilios de los familiares de las mujeres fallecidas.

Cabe mencionar que se establecieron una serie de criterios para asegurar que el/la informante fuera adecuado: a) que preferentemente fuera mujer; b) que el tiempo en que el informante tuvo contacto con la mujer fallecida por última vez no superara los tres meses; y c) que el tiempo desde el fallecimiento hasta que el informante tuvo conocimiento del hecho no superara el mes.

Los cuestionarios fueron ingresados a una base de datos y las secciones abiertas (relatos de los familiares) fueron transcritos en forma separada utilizando un procesador de texto. El análisis de los datos cuantitativos se realizó con SPSS 12.0. Los relatos de los familiares fueron evaluados en forma independiente por dos médicas investigadoras del equipo, quienes clasificaron las muertes como asociadas o no al embarazo o como resultado de homicidio, suicidio o accidente. El subgrupo de las muertes violentas fue analizado en mayor detalle para identificar las muertes maternas asociadas. Las muertes maternas fueron analizadas utilizando el modelo de las “tres demoras” (McCarthy y Maine, 1992).

## **Resultados**

En el año 2002 en las provincias seleccionadas fallecieron 1390 mujeres en edad fértil. Como se observa en la Figura 1, 953 de ellas correspondieron a muertes institucionales, 19 casos no tenían consignado el lugar de ocurrencia, y 418 fueron identificadas como muertes no

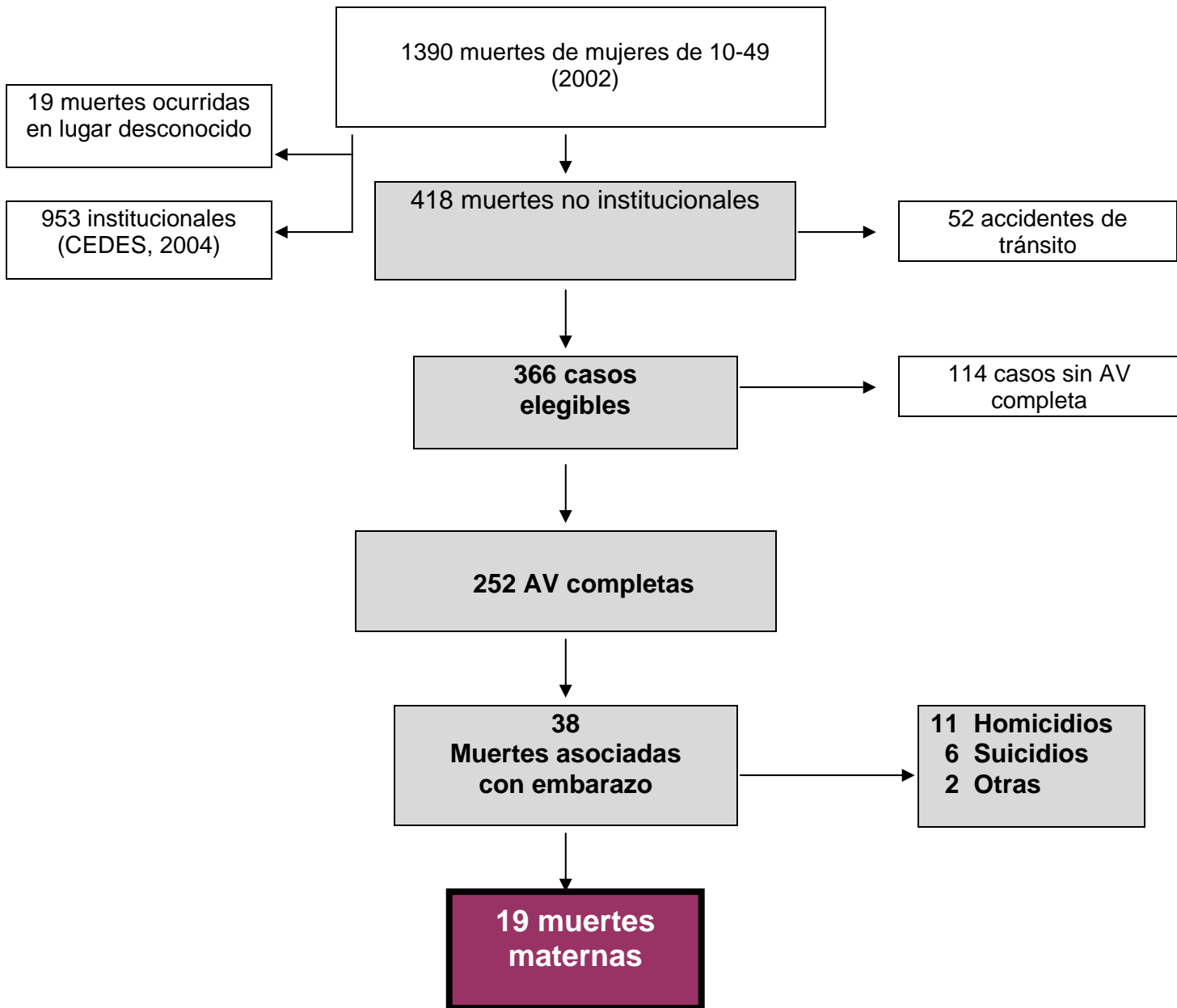
institucionales. Sobre 366 casos elegibles (dado que se contaba con la información completa), se pudieron completar las AV en 252 casos.

De las 114 AV que no se realizaron, 68% fue por información faltante en la base de datos 12% porque el informante no aceptó participar del estudio, 10% por imposibilidad de identificar a un informante apropiado y 10% porque la familia se habían mudado..

Del total de 252 AV realizadas, 38 mujeres estaban embarazadas al momento de fallecer o lo habían estado en los últimos 12 meses. Estas muertes son definidas como “muertes asociadas al embarazo” (CDC, 2001). De ellas, 19 fueron identificadas como muertes maternas (14 defunciones maternas y 5 muertes maternas tardías) (Figura 1). Las defunciones maternas y las muertes maternas tardías representaron el 8% ( $n = 19/252$ ) del total de las defunciones.

El estudio permitió identificar 4 muertes maternas que no estaban contabilizadas como tales en los registros oficiales (Tablas 1 y 2). Utilizando como fuente de información la AV, se detectaron 2 defunciones maternas indirectas cuyas causas fueron tuberculosis ( $n=1$ ) y asma ( $n=1$ ), las cuales no figuraban como tales en los registros de las estadísticas oficiales. En cambio, no se pudo confirmar la condición de muerte materna en 1 caso que sí figuraba como tal en los registros oficiales. En este caso, el informante aseguró que la mujer fallecida no estaba embarazada aunque la causa de muerte estaba consignada como “embarazo molar”. Para el estudio esta muerte no fue considerada como muerte materna, ya que se privilegió la AV como fuente de información. Se identificaron, además, 3 muertes maternas tardías debidas a hipertensión ( $n=2$ ) y cardiomiopatía peripartum ( $n=1$ ).

**Figura 1**





**Tabla 1. Causa de muerte según certificado de defunción**

| Defunción materna | Muerte materna tardía | Homicidio | Suicidio | Accidente | Otra | Causa Mal definida | Total |
|-------------------|-----------------------|-----------|----------|-----------|------|--------------------|-------|
| 13                | 2                     | 23        | 30       | 14        | 146  | 24                 | 252   |

**Tabla 2. Causa de muerte según autopsia verbal (AV)**

| Defunción materna | Muerte materna tardía | Homicidio | Suicidio | Accidente | Otra | Total |
|-------------------|-----------------------|-----------|----------|-----------|------|-------|
| 14                | 5                     | 24        | 30       | 12        | 165  | 252   |

Los resultados indican que el nivel de subregistro detectado fue de 7% para las defunciones maternas, cifra relativamente baja de acuerdo a lo que suele asumirse como aceptable según estándares internacionales. Si se incluye el embarazo molar no considerado previamente, el subregistro asciende al 13%, porcentaje que no difiere significativamente del 10% del estudio previo desarrollado por CEDES (Ramos et al, 2004). Esto nos permite hipotetizar que el lugar de ocurrencia de la muerte no incide en el registro correcto de las muertes maternas. Cabe mencionar que este nivel de subregistro es mucho menor que el 46% estimado en el estudio previo realizado por el Ministerio de Salud y Acción Social (MSyAS, 1989) y que los niveles actuales de Estados Unidos y Canadá (Horon, 2005; Turner et al, 2002), situación que refleja una mejora en la precisión del sistema de las estadísticas vitales en el país.

Es posible que el subregistro de las muertes maternas obedezca a errores en la determinación de la causa.. Por esta razón, en 2001 todas las provincias argentinas incluyeron un ítem en el certificado de defunción que pregunta si la mujer estaba embarazada en el momento de su muerte o el año anterior a ésta. Este ítem estaba vacío en todos los casos en los que existió subregistro de muerte materna y en el 55% de todos los IED. En los casos en que este ítem había sido completado, 93% contenía la información correcta. Sin duda, la precisión de las estadísticas vitales puede mejorar si se presta más atención a la información que se consigna en los IED.

La situación de las muertes maternas tardías no es tan alentadora. El nivel de subregistro fue del 60%. Si bien al momento del estudio éstas no formaban parte rutinaria de las estadísticas, este dato advierte sobre la necesidad de incluir estas muertes, de modo que posibilite visibilizarlas y tomar las acciones que su reducción requiere.

En relación a la estructura de causas de las muertes maternas, la hemorragia fue la más frecuente, con poca diferencia con las muertes súbitas de causa desconocida. La primera es una emergencia obstétrica que rápidamente puede convertirse en fatal y esta razón podría explicar su ocurrencia fuera de las instituciones. Sin embargo, sólo dos de estas muertes ocurrieron inmediatamente después de un parto domiciliario y las otras dos después del alta del hospital. El aborto fue la causa del 14% de las muertes maternas, proporción menor al del 27% registrado en el estudio previo de CEDES (Ramos et al, 2004). Si bien el estigma social y legal que rodea el aborto no indujo a un número desproporcionado de muertes no institucionales cabe destacar que en los dos casos las mujeres nunca lo admitieron y la negativa a buscar atención contribuyó finalmente a su fallecimiento.

El promedio de edad del total de mujeres fallecidas (n=252) fue de 33,6. Sin embargo, en los casos de defunciones maternas y muertes maternas tardías, al igual que en los casos de homicidios, suicidios y accidentes, la edad fue significativamente menor que en las mujeres fallecidas por el resto de las causas. La edad promedio de las fallecidas por causas maternas fue de 26,3 años; y de 28,6, 23,4, 25,3 y 37,6 años para el resto de las causas mencionadas.

Las mujeres fallecidas por causas maternas tenían un promedio de hijos mayor que el observado para las fallecidas por causas no maternas (3,5 hijos NV y 2,5 NV, respectivamente). A su vez, un porcentaje mayor de ellas carecía de cobertura de salud (79%) comparado con el grupo de las fallecidas por otras causas (56%).

Las condiciones de la vivienda de las fallecidas por causas maternas fueron más deficitarias que en el grupo restante. Sólo el 53% de las defunciones maternas y muertes maternas tardías tenía luz eléctrica en su hogar, comparado con el 84% de las fallecidas por otras causas; y sólo un 58% de las primeras disponía de un área separada para cocinar, mientras que esta proporción asciende al 80% en las mujeres fallecidas por otras causas.

En cuanto al nivel de escolarización, no se observaron diferencias significativas entre ambos grupos. El 41% del total de la población del estudio y el 37% de sus parejas no habían completado sus estudios primarios.

*Factores culturales, sociales, económicos y sanitarios que intervinieron en la ocurrencia de las muertes maternas.*

Para dar cuenta de las dificultades que las mujeres fallecidas encontraron en el recorrido desde la aparición de la emergencia obstétrica hasta su deceso, se utilizó el modelo de las “tres demoras” (McCarthy y Maine, 1992). Este modelo conceptual considera tres momentos clave en los cuales se pueden identificar los factores que generan una demora en el acceso oportuno al tratamiento de la emergencia obstétrica, aumentando así la posibilidad de la ocurrencia de la muerte. La primera demora se relaciona con el proceso de decidir buscar atención. La segunda refiere a los pasos para llegar a un hospital o centro de salud apropiado, una vez que se tomó la decisión de buscar atención médica, y la tercera demora a recibir atención adecuada una vez que la mujer accedió a un servicio de salud.

La mayoría de las mujeres fallecidas por causas maternas enfrentaron demoras en acceder a una atención adecuada. Como se observa en la Tabla 3, 14 mujeres sufrieron al menos alguna de las tres demoras. De ellas, 53% tuvo demoras en decidir buscar atención; 26% en acceder a los servicios de salud, y 26% enfrentó demoras en recibir tratamiento adecuado. Entre los motivos relacionados con la primera demora, se observa la no percepción de que los signos y/o síntomas experimentados eran de gravedad y requerían una pronta búsqueda de atención médica, el desalentar la decisión de buscar atención por suponer que iban a enfrentar problemas con el transporte, y el miedo a los médicos o al hospital en general. Los motivos más mencionados en la segunda demora fueron relativos a problemas de transporte, en general por demoras con las ambulancias. Finalmente, en la tercera demora se mencionaron tanto diagnósticos erróneos, como carencia de insumos, no disponibilidad de sangre o falta de camas.

**Tabla 3.**

**Demoras sufridas por mujeres fallecidas por causas maternas y maternas tardías\***

| <b>Demora en decidir buscar atención</b>                                | <b>N</b>  |
|---|-----------|
| Creencia de que los síntomas eran normales                              | 4         |
| Falta de confianza en la capacidad de solucionar el tema del transporte | 4         |
| Temor a los hospitales/médicos  | 4         |
| Imposibilidad de contar con alguien para cuidar a sus hijos             | 1         |
| Rechazo del esposo a la búsqueda de atención por parte de la mujer      | 1         |
| Información sobre falta de camas en el hospital                         | 1         |
| Temor a dificultades de expresión                                       | 1         |
| <b>Total de casos con por lo menos una demora del primer tipo</b>       | <b>10</b> |
| <b>Demora en la llegada a un servicio de salud</b>                      |           |
| Problemas con ambulancias   | 3         |
| Dificultades con medios de comunicación (radio, teléfono)               | 2         |
| Transporte no adecuado  | 1         |
| <b>Total de casos con por lo menos una demora del segundo tipo</b>      | <b>5</b>  |
| <b>Demora en la provisión de atención adecuada</b>                      |           |
| Falta de diagnóstico/tratamiento médico adecuado                        | 3         |
| Carencia de recursos/personal   | 3         |
| <b>Total de casos con por lo menos una demora del tercer tipo</b>       | <b>5</b>  |
| <b>Total de casos con por lo menos una de las tres demoras</b>          | <b>14</b> |
| <b>Total de muertes maternas o maternas tardías</b>                     | <b>19</b> |

\* Se codificaron respuestas múltiple.

Algunos testimonios de los familiares y allegados de las mujeres fallecidas permiten comprender cómo los diferentes factores imprimen un carácter dramático a una muerte que, de no mediar

aquellos, posiblemente se hubiera evitado. Si bien algunas mujeres fallecieron en su casa porque no percibieron la gravedad de sus síntomas, en otros casos la demora se relacionó con dificultades de los propios servicios de salud o del transporte. En un caso, la mujer había sido dada de alta por falta de camas en el hospital, y no regresó aún cuando su estado se agravó. En otro caso, la búsqueda se desalentó por saber que no se disponía de medios de transporte adecuados para trasladarse al pueblo más cercano donde obtener atención médica.

*Ella ya se sentía mal, estaba muy dolorida, tenía mucha sangre, pero le dijeron que era normal, pero era mucha hemorragia... Ella no tendría que haber salido del hospital. No podía ni caminar... a mi hija la largaron porque no había cama, y ella lo sabía. Ella sabía que si volvía al hospital no había cama.*

[Padre de mujer fallecida de 26 años por sepsis durante el puerperio].

*P: ¿Por qué esa noche cuando ella se sintió mal no buscaron al agente sanitario?*

*R: ...Nosotros no sabemos... acá no hay para llevar a Colonia Maza<sup>4</sup>, por eso ya lo dije que “No hay tiempo, no hay tiempo”*

[Tío de mujer fallecida de 29 años por hemorragia durante el puerperio].

También es posible ver cómo las barreras de género intervinieron para la ocurrencia de la muerte, si bien ésta no fue la situación más frecuente. En uno de los casos, la mujer vio demorado su acceso a los servicios de salud porque su marido no quiso que fuera atendida. En otro, la mujer decidió no internarse por no querer dejar a su hijo recién nacido. En dos muertes ocurridas como consecuencia de abortos provocados, las mujeres no compartieron lo ocurrido con sus familiares. En un caso, si bien su hermano la ayudado a obtener el aborto, la mujer no le informó de su situación posterior y fue demasiado tarde cuando llegaron al hospital. En el otro, la mujer decidió interrumpir un embarazo ya avanzado y no compartió con nadie su decisión por lo que cuando la encontraron con la hemorragia no hubo tiempo de trasladarla al hospital.

*[...] De ahí la dejé con su marido para que le lleve al hospital pero se ve que él no quería, luego ella me llamó, ya no daba más, ya le mandé al marido al hospital, vinieron a buscarla, le llevaron... Juliana se enfermó porque su papá no le ayudaba a ella, y el*

---

<sup>4</sup> Para garantizar la confidencialidad de la información los nombres de las mujeres fallecidas son de fantasía, así como también las localidades que los informantes mencionan.

*marido no tenía trabajo y no podía defenderla. Por eso murió, su propia familia no le ayudó.*

[Tía de mujer fallecida de 25 años por hemorragia durante el puerperio].

*[...] Ella fue al hospital ese día, anterior, como a las 5 de la tarde fue, porque ella tenía que quedar internada, y ella no quiso, le dijo que tenía chicos y no podía, que era muy chiquito para dejarlo solo y que mamaba [...]*

[Cuñada de mujer fallecida de 35 años por crisis de HTN durante el puerperio tardío].

*Ya ese día que Rosa falleció, negaba hasta el último hasta que falleció, no quiso contar, si ella contaba el marido iba a ser algo por ella, a la siesta cayó en cama, nunca le dijo al marido lo que le pasaba, él por supuesto estaba desesperado pero cuando se dio cuenta que estaba agonizando le sacó de la cama y le llevó tomó el primer remis que pasaba y le llevó al hospital.*

[Vecina de mujer fallecida de 26 años por aborto antes del 5to mes].

En otros casos, la decisión de buscar atención fue inmediata y, claramente, la falta de medios de transporte impidieron obtenerla:

*...Dijo que María era una mujer sana, que había tenido diez hijos. Que ese día ella empezó a la mañana con trabajo de parto y le pidió que fuese a llamar a una ambulancia. Él salió en bicicleta hacia Laguna y que a María se quedaron asistiéndola dos mujeres. Él llegó a las dos horas con la ambulancia.*

[Pareja conviviente de mujer fallecida de 32 años por hemorragia durante el parto].

*Era la madrugada y dijo que tenía dolores, ahí el marido fue a buscar caballo para venir a buscarle. No, ella no salió con el marido a pie, porque se descompuso el tiempo también, para llover. El marido le sacó hasta la calle y la dejó ahí. Como estaba dolorida, él buscó la camioneta del patrón, porque en caballo no podía, porque eran muy fuertes los dolores. Se fue a buscarle y en la camioneta del patrón la llevó al hospital de Piedra Blanca [...]*

[Hermana de mujer fallecida de 17 años por hemorragia durante el puerperio].

En relación a los testimonios que permiten identificar demoras en recibir atención adecuada una vez que la mujer llegó, el relato más contundente es de la familia de una mujer fallecida por un

embarazo ectópico. Esta mujer hacía varios años que trataba de quedar embarazada. El diagnóstico del atraso menstrual fue atribuido por el médico a otras causas y varias veces fue enviada a su casa con calmantes. La frustración de la madre de la fallecida es evidente.

*...Después de que el doctor cortó yo me acerqué y le dije que a mi hija hacía un mes y medio que no le venía la visita, pero él me dijo que él conocía a mi hija (porque era su paciente) y que Miriam era irregular que era una úlcera y que él era el médico no yo...*

*Yo te he querido contar esto más que nada para que sepas lo mal que está la salud en este lugar y espero que puedan cambiar para que otra mamá no sufra lo que sufrí y sufro yo...*

[Madre de mujer fallecida de 30 años por embarazo ectópico antes del 5to mes].

Como se menciona más arriba, la falta de recursos en algunos servicios de salud se convirtieron también en factores de demora. La falta de sangre y la necesidad de comprarla constituye un serio problema para la gente de bajos recursos en los hospitales públicos:

*...Me dijo ahí la enfermera que tenía que ir al banco de sangre, ahí me dijeron que tenía que conseguir dos frascos de sangre, yo me negué y me amenazó... Y uno la sangre tiene que comprar. Cuando uno es pobre...*

*No pude conseguir la sangre, vine a pedir a mis conocidos. Porque ellos querían que yo les pague. Caro es... menos de 50\$ nadie te quiere dar...*

[Madre de mujer fallecida de 18 años por anemia durante el puerperio tardío].

## **A modo de cierre**

Esta investigación fue diseñada para comprender mejor los factores relacionados a las muertes maternas no institucionales en provincias geográfica y económicamente diferentes. Sus resultados permitieron identificar determinantes relevantes y proponer acciones y recomendaciones para su reducción.

En primer lugar, es de destacar que las mujeres fallecidas por causas maternas, si bien fallecieron fuera del ámbito asistencial de salud, tuvieron contacto previo con los servicios de salud, y en algunos casos, la respuesta que obtuvieron no fue la adecuada. Mejorar la calidad de

la atención sigue siendo un punto clave para evitar futuras muertes, especialmente fortalecer el sistema de referencia y contrarreferencia a los servicios de salud. Son necesarios controles adecuados no sólo durante el embarazo y el parto, sino también durante el puerperio, especialmente en mujeres que hayan presentado grandes pérdidas de sangre durante el parto o hipertensión en sus embarazos. Las muertes debidas a embarazos ectópicos o molares, poco comunes pero peligrosos, que se observaron en este estudio, podrían haber sido identificadas si se realizaran las pruebas de embarazo de forma rutinaria a las mujeres en edad fértil que presenten dolor abdominal.

Asimismo, es necesario mejorar la comunicación, la red de transporte y el estado de los caminos en algunos sitios para garantizar el acceso oportuno al sistema de salud. A su vez, los resultados presentados advierten acerca de la necesidad de trabajar fuertemente con la comunidad en el reconocimiento de los signos y señales de alarma durante la gestación y el puerperio que le permitan a la mujer y a su red social más próxima identificar cuándo se está ante una emergencia obstétrica, de modo de minimizar las demoras que en muchos casos terminan siendo fatales.

En relación a la estimación de la magnitud de las muertes maternas no institucionales, si bien el subregistro de defunciones maternas en esta población fue bajo (7%), no se observó lo mismo en relación a las muertes maternas tardías en las que el subregistro fue de 60%. Si se desea una estimación cabal de las muertes maternas, debe hacerse un esfuerzo sistemático por incluir las tardías en las estadísticas oficiales. Las tres muertes maternas tardías reclasificadas en este estudio se debieron a complicaciones del embarazo, como hipertensión y cardiopatía peripartum, que provocaron la muerte después del período tradicional de cuarenta y dos días.

Trabajar para reducir el aborto realizado en condiciones inseguras sigue siendo una asignatura pendiente. Si bien no adoleció de un mayor subregistro que las otras causas, sigue siendo preocupante que las mujeres que recurren a la interrupción voluntaria de un embarazo no deseado fallezcan como consecuencia de las demoras fatales que impone un contexto de estigma social y clandestinidad. Teniendo en cuenta que es la primera causa de defunción materna y los compromisos asumidos por nuestro país en relación a la reducción de la mortalidad materna, no es posible pensar en lograr una disminución sustantiva si no se aborda el problema del aborto ilegal y no seguro. Su despenalización aparece como una estrategia clave.



La vigilancia de las muertes maternas puede ser mejorada mediante un mejoramiento del llenado de los certificados de defunción, registrando tanto la condición de embarazo, como codificando correctamente la causa de muerte. A su vez, la incorporación de las autopsias verbales puede ser de suma utilidad para comprender la complejidad de este fenómeno, permitiendo dar cuenta no sólo de los factores sanitarios, sino también de los factores sociales, culturales y económicos que muchas veces acompañan a una muerte materna.

Finalmente, esperamos que los resultados contribuyan al diseño de estrategias efectivas para reducir las muertes maternas. El Estado y la sociedad civil en general son responsables de proveer los cuidados necesarios que impidan la ocurrencia de una muerte materna evitable. No debe olvidarse que cuando una mujer muere por causas relacionadas con la gestación, parto o puerperio, estamos frente a una violación de los derechos humanos. La mortalidad materna es una de las expresiones más claras de la situación de inequidad y negación de derechos a las que muchas mujeres se ven sometidas. Por ello, en palabras de Acosta Vargas (2003:21) “cuando una mujer muere en ejercicio de su maternidad, es necesario establecer no sólo las causas de esa muerte, sino también las responsabilidades de quienes pudiendo evitarla, no lo hicieron”.

## Referencias

Acosta Vargas G. (2003): "Vía crucis de la muerte materna". En: *Mortalidad materna: un problema de salud pública y derechos humanos*, Ministerio de Salud de la Nación, Buenos Aires.

Área Salud, Economía y Sociedad, CEDES (2003): "La salud y los derechos sexuales y reproductivos: 2000-2003, un período de avances y retrocesos", en CELS, *Derechos Humanos en la Argentina. Informe 2002-2003*, Buenos Aires.

Centers for Disease Control and Prevention (2001): *Strategies to reduce pregnancy-related deaths: from identification and review to action*, Atlanta.

Chandramohan, D. *et al.* (1998): "The Validity of Verbal Autopsies for Assessing the Causes of Institutional Maternal Death", en *Studies in Family Planning*, Vol. 29 (4): 414-422.

Gajalakshmi, V. *et al.* (2002): "Verbal autopsy of 48,000 adults deaths attributable to medical causes in Chennai, India", en *BMC Public Health*, 2:7.

Gajalakshmi V. y Peto R. (2004): "Verbal autopsy of 80,000 adult deaths in Tamil Nadu, South India", en *BMC Public Health*, 4:47.

Horon I. (2005): "Underreporting of maternal deaths on death certificates and the magnitude of the problem of maternal mortality", en *American Journal of Public Health*, 95: 478-482.

Instituto Nacional de Estadísticas de Chile (2005): *Anuario de Estadísticas Vitales, 2003*, Santiago.

Kane, T. *et al.* (1992): "Maternal Mortality in Giza, Egypt: Magnitude, Causes and Prevention", en *Studies in Family Planning*, Vol. 23 (1):45-57.

Langer, A. *et al.* (2000): "Identifying Interventions to Prevent Maternal Mortality in Mexico: A Verbal Autopsy Study", en M. Berer y TK Sundari Ravindran (comps.), *Safe Motherhood Initiatives: Critical Issues, Reproductive Health Matters*.

Martínez Navarro F. y Tello Anchuela O. (2004): "Vigilancia en Salud Pública: una perspectiva histórica". En Ferrán Martínez Navarro (comp.) *Vigilancia epidemiológica*, McGraw-Hill Interamericana, Madrid.

McCarthy J. y Maine D. (1992): "A framework for analyzing the determinants of maternal mortality", en *Studies in Family Planning*, 23:23-33.

Ministerio de Salud y Acción Social - Secretaría de Salud - OPS/OMS (1989): *Estudio de la mortalidad materna. Análisis del subregistro de las muertes maternas en Capital Federal (1985)*, Buenos Aires.

Ministerio de Salud de la Nación/CONAPRIS – CEDES (2004): *Mortalidad materna en la Argentina: diagnóstico para la reorientación de políticas y programas*. Disponible en: <http://www.cedes.org/informacion/index2.html>

Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, Consejo Federal de Salud (2004): *Compromiso para la Reducción de la Mortalidad Materna en la Argentina*, Buenos Aires. Disponible en: [www.msal.gov.ar/htm/site/promin/UCMISALUD/publicaciones/publicaciones.htm](http://www.msal.gov.ar/htm/site/promin/UCMISALUD/publicaciones/publicaciones.htm)

Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, Consejo Federal de Salud (2004): *Bases del Plan Federal de Salud 2004-2007*, Buenos Aires. Disponible en: [http://www.msal.gov.ar/htm/site/institucional\\_planfederal.asp](http://www.msal.gov.ar/htm/site/institucional_planfederal.asp)

Ministerio de Salud de la Nación/ Dirección de Estadísticas e Información en Salud (2006): *Estadísticas Vitales: Información Básica 2005*, Serie 5, Nro. 49, Buenos Aires.

Ramos S., Romero M., Karolinski A., Mercer R., Insua I., del Río Fortuna C. (2004): *Para que cada muerte materna importe*, Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación-CEDES, Buenos Aires.

Sloan, N. et al. (2001): *The etiology of maternal mortality in developing countries: what do verbal autopsies tell us?*, Bulletin of the World Health Organization, 79: 805-810.

Turner L., Cyr M., Kinch R., Liston R., Kramer M., Fair M., Heaman M. (2002): *Underreporting of maternal mortality in Canada: A question of definition. Chronic Diseases in Canada*, 23: 22-30.

Walker D., Campero L., Espinoza H., Hernández B., Anaya L., Reynoso S. y Langer S. (2004): "Deaths from Complications of Unsafe Abortion: Misclassified Second Trimester Deaths", en *Reproductive Health Matters*, 12 (24 Supplement): 27–38.

World Bank (1993): *World Development Report 1993: Investing in Health*. Washington, DC.

WHO (1992): *International statistical classification of diseases and related problems, 10th revision*, Geneva.

WHO / UNICEF (1996): *Revised 1990 Estimates of Maternal Mortality: A new approach by WHO and UNICEF*, Ginebra.

WHO (2004): *Beyond the Numbers: Reviewing maternal deaths and complications to make pregnancy safer*, Geneva.