

MORTALIDAD MATERNA ANÁLISIS COMPARADO

Fecha de recepción: 20/04/2018

Fecha de aceptación: 23/05/2018

Lic. María Elena Critto

Contacto: malecritto@gmail.com

- Licenciada en sociología - USAL
- Doctorando en sociología - UCA

Palabras clave

- Estadísticas vitales
- Mortalidad materna

Key words

- Vital statistics
- Maternal mortality

RESUMEN

La razón de la mortalidad materna ha decrecido en un 22% en la Argentina, en el periodo 2001-2016. La muerte por embarazo terminado en aborto fue la que más se redujo en éste periodo, con una disminución de un 56%, es decir, más del doble que la caída de la razón promedio. Las principales causas de muerte materna en Argentina refieren a causas obstétricas directas e indirectas. Las muertes maternas por embarazo terminado en aborto están en tercer lugar. Si excluimos de este grupo a aquellas especificadas como aborto espontáneo, ectópico, o por anomalías de la concepción, quedan 31 defunciones que podrían incluir las muertes por aborto clandestino y representan el 12,65% del total de las muertes maternas del 2016. Al comparar los datos con los de Chile y Uruguay observamos que Argentina tiene una RMM con más de 15 puntos sobre la de cada uno éstos. Tanto Chile como Uruguay han reducido significativamente la razón de mortalidad materna sin una ley de aborto. La vigilancia epidemioló-

ABSTRACT

In Argentina, maternal mortality ratio (MMR) has decreased 22% in the time period from 2001 to 2016. Among the causes of maternal mortality (MM), it was observed that pregnancies with abortive outcome (PAO) were reduced the most, reaching a lowering of 56%, i.e. doubling the reduction of the average rate. Direct and indirect obstetric causes are the two first causes of MM, followed by PAO. When drawing from the group of PAO such specific causes as spontaneous abortion, ectopic pregnancy, and other abnormal products of conception, it remains 31 deaths which could include clandestine abortion (CA). Average of CA represented 12.65% of total maternal deaths in 2016. Comparing statistical data from Chile, and Uruguay to Argentina's numbers it is possible to observe that Argentinean MMR is 15 points higher of that from these two neighbor countries. Both Chile and Uruguay have reduced RMM in a relevant way without legalizing abortion. Epidemiological surveillance on

gica de los datos sobre la salud de las mujeres permite por un lado promover aquellas políticas que efectivamente han disminuido la mortalidad materna, y por otro, incentivar la inclusión, la equidad, la salud y la educación de todas las mujeres comprendiendo el rol fundamental que tienen para la familia y para la sociedad.

women's health leads us to promote effective policy for reducing MM, and increasing of inclusion, health care, equity, and education. All this actions should be performed with understanding of fundamental roll of the women for their families and whole society.

INTRODUCCIÓN

En marzo de 2018, se abrió en la Honorable Cámara de Diputados de la Nación Argentina un debate sobre varios proyectos de Ley de aborto versus Proyectos de Ley de Protección Integral a la Mujer embarazada y de los Niños/Niñas por Nacer. En éste debate han podido participar tanto asociaciones, profesionales, académicos, como ciudadanos que han brindado datos, testimonios y opiniones sobre la temática para que dicha información pueda servir para generar políticas públicas para la mejora de la salud de todas las mujeres y de todos sus hijos e hijas.

Con frecuencia en diferentes medios, e incluso en el mismo debate del Congreso, hemos escuchado hablar sobre diversas cifras de muertes de mujeres

argentinas provocadas por abortos clandestinos sin mencionar las fuentes de información.

En este contexto es necesario describir, publicar y difundir los datos oficiales sobre la mortalidad materna en Argentina, especialmente cuando se cuentan con registros de muerte y de causa de muerte a nivel nacional, que son fundamentales a la hora de elaborar políticas de salud pública.

Es conveniente aclarar que en Argentina, toda muerte es registrada y certificada por profesionales de la salud a través de los sistemas nacionales de registro civil y estadísticas vitales. El proceso está organizado para recolectar los datos a nivel local, donde cada una de las 24 jurisdicciones recopila, codifica, procesa y realiza el primer análisis de los

registros. La información es enviada luego al Ministerio de Salud de la Nación (MSAL), a la Dirección de Estadísticas e Información de Salud (DEIS), donde es revisada, analizada y consolidada para elaborar y publicar las estadísticas a nivel nacional. [1] [2]

El sistema nacional de registro civil y estadísticas vitales argentino, el cuál consolida y certifica las muertes maternas, ha sido calificado por organismos internacionales como completo, de buena calidad y usabilidad, y con buena atribución de causa de muerte. [3] [4]

Además, los datos de muertes maternas en argentina son comparables a nivel internacional, ya que desde 1996, la DEIS "participa en la iniciativa de la OPS/OMS sobre indicadores básicos de salud que posibilita la inclusión de Argentina en una base de datos común a la Región de las Américas". [5]

Hablar de una muerte siempre es lamentable, y más aún, si se trata de una muerte materna. Mujeres que mueren de modo prematuro, cuando su esperanza de vida podría haber sido como la de tantas mujeres argentinas que viven en promedio 80,4 años. [6]

Por ello, la relevancia de aportar la información disponible y generar nuevos estudios científicos rigurosos sobre las

causas de muerte y factores de riesgo, cuyo conocimiento permita generar políticas para la prevención de enfermedades, para el monitoreo de los factores de riesgo, para poder brindar atención médica y tratamientos adecuados a fin de evitar que fallezcan mujeres cuyas muertes podrían haber sido evitadas.

OBJETIVO GENERAL

Este artículo propone analizar la mortalidad materna en Argentina y su comparación con Chile y Uruguay.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Recopilar los datos estadísticos oficiales disponibles sobre la mortalidad materna en Argentina, del año 2016 (último año del que se cuenta con información pública).
2. Analizar las causales de muerte materna en Argentina en el año 2016.
3. Describir y analizar compartivamente la evolución de la mortalidad materna de Argentina en el periodo 2001-2016.
4. Realizar un análisis comparado de la razón de mortalidad materna en

Argentina, Chile y Uruguay, en el periodo 2001-2016.

5. Revisar sucintamente la bibliografía científica sobre los factores que disminuyen la mortalidad materna en el mundo.

METODOLOGÍA

Se trabajó con los datos oficiales disponibles en internet de los indicadores básicos de salud, natalidad y mortalidad materna de los Ministerios de Salud de la Nación de Argentina, Chile y Uruguay, para el periodo 1990-2016. Dado que este análisis no constituye una revisión histórica, se procedió a seleccionar los últimos 15 años disponibles. En el caso de Chile, la información oficial disponible publicada sobre mortalidad materna corresponde al periodo 2001-2015.

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 cual 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 de la interrupción 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". [7]

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". [8]

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". [9]

Para analizar la mortalidad global se seleccionó la población expuesta a morir por embarazo, parto y puerperio, esto es, mujeres en edad reproductiva de entre 15 y 44 años, según criterios de la OMS [10] y categorías de clasificación de la Dirección de Estadísticas e Información de la Salud (DEIS). [11] Para estudiar la mortalidad materna, se incluyeron todas las muertes independientemente de la edad de la mujer.

Según la clasificación CIE-10 del Embarazo Terminado en Aborto (ETA), este 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). [12]

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 periodo de tiempo. Representa el riesgo de muerte materna relativa a la cantidad de nacidos vivos". [13] Es un indicador que permite comparar el total de muertes maternas según la cantidad de nacidos vivos en determinado lugar y año.

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

RESULTADOS

I. Población en Edad Reproductiva de 15 a 44 años (MER) y muerte por Embarazo, Parto y Puerperio (EPP) de mujeres en Argentina 2016

Según la proyección del INDEC, se estimó que en el 2016 existía una población de 9.792.149 MER. [14]

Los datos del 2016 sobre mortalidad total reportan 7.936 defunciones de MER; [15] es decir, una incidencia de 81 defunciones cada 100.000 MER. Ver figura nro. 1.

El 68,4% de los fallecimientos de MER se produjo por algunas de las siguientes causales que la DEIS las agrupó de la siguiente manera: tumores: 28% (2.198); causas externas: 20% (1.602); enfermedades del sistema circulatorio: 11% (861); enfermedades del sistema respiratorio: 10% (770). El 31% restante lo conforman múltiples causas, entre las cuales el EPP es responsable del 3,55% de las defunciones totales de MER. La incidencia de las defunciones por EPP es de 2,88 c/100.000 MER. Ver tabla nro. 1 y figura nro.1.

Tabla nro.1: Defunciones de mujeres en edad reproductiva, y en mujeres de todas las edades en números absolutos, en porcentaje, y su tasa de incidencia, Argentina 2016: [16]

Grupos de causas	Defunciones MER	% de MER	TI en MER	Defunciones mujeres totales	% del total de mujeres	TI en total mujeres
Total	7.936,00	100,00	9.792.149	171.408	100,00	22.225.898
Tumores	2.198,00	27,70	22,45	31.517	18,39	141,80
Causas externas	1.602,00	20,19	16,36	5.028	2,93	22,62
Enfermedades del sistema circulatorio	861,00	10,85	8,79	51.283	29,92	230,74
Enfermedades del sistema respiratorio	770,00	9,70	7,86	33.775	19,70	151,96
Demás causas definidas	650,00	8,19	6,64	9.571	5,58	43,06
Enfermedades infecciosas y parasitarias	581,00	7,32	5,93	6.924	4,04	31,15
Mal definidas y desconocidas	395,00	4,98	4,03	11.308	6,60	50,88
Embarazo, parto y puerperio	282,00	3,55	2,88	286	0,17	1,29
Enfermedades del sistema urinario	174,00	2,19	1,78	6.959	4,06	31,31
Diabetes mellitus	116,00	1,46	1,18	4.513	2,63	20,31
Enfermedades del hígado	102,00	1,29	1,04	1.511	0,88	6,80
Malform. C, Deform. y Anom. cromosómicas	63,00	0,79	0,64	1.153	0,67	5,19
Trastornos metabólicos	38,00	0,48	0,39	1.459	0,85	6,56
Apendicitis, hernia C.A. y obstrucción intestinal	35,00	0,44	0,36	1.182	0,69	5,32
Meningitis	32,00	0,40	0,33	142	0,08	0,64
Trast. mentales y del comportamiento	19,00	0,24	0,19	1.624	0,95	7,31
Def.de la nutrición y anemias nutricionales	15,00	0,19	0,15	525	0,31	2,36
Enfermedad de Alzheimer	3,00	0,04	0,03	1.205	0,70	5,42
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	0,00	0,00	0,00	1.443	0,84	6,49

Nota: TI: Tasa de incidencia. MER: mujeres de 15 a 44 años

El número total de muertes por EPP fue de 286 casos (282 MER y 4 mujeres de ≥ 45 años). Este grupo categorizado por la OMS como EPP incluye las muertes de embarazadas accidentales o incidentales, y las muertes maternas tardías, esto es, las acontecidas entre el día 43 y el año después del parto. [17][18] La incidencia de muerte por EPP entre toda la población femenina resultó ser 1,3 cada 100.000 mujeres de todas las edades. Ver tabla nro.1.

II. La mortalidad materna en Argentina y sus causas

Para poder realizar un análisis de la mortalidad materna, de las 286 muer-

tes ocurridas en el 2016 por EPP, se excluyen 3 casos no computables para tales fines según registro de la DEIS y 38 muertes maternas tardías, quedando un total de 245 muertes maternas.

Las causas de estas muertes maternas fueron las siguientes: a) causas obstétricas directas: 55% (135), TI 0,61 c/100.000 mujeres y RMM 18,54 c/100.000 NV; b) causas obstétricas indirectas: 27% (67), TI 0,30 c/100.000 mujeres y RMM 9,20 c/100.000 NV; c) embarazo terminado en aborto (ETA): 17,55% (43), TI 0,19 c/100.000 mujeres y RMM 5,91 c/100.000 NV. Ver tabla nro. 2 y figura nro. 2.

Tabla nro. 2: Defunciones maternas total por grupo de causas, en porcentaje y en números absolutos, incidencia en el total de mujeres de todas las edades, y RMM c/100.000NV, Argentina 2016: [19]

Causas	%	Defunciones	TI total mujeres	RMM
TOTAL	100,00%	245	22.225.898	728.035
Causas obstétricas directas	55,10%	135	0,61	18,54
Causas obstétricas indirectas	27,35%	67	0,30	9,20
Embarazo terminado en aborto	17,55%	43	0,19	5,91

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

El tercer grupo de causas de muerte, embarazo terminado en aborto, se desglosa de la siguiente manera:

Tabla nro. 3: Defunciones maternas total por embarazo terminado en aborto, en porcentaje y en números absolutos, incidencia en el total de mujeres, y RMM c/100.000NV, Argentina 2016: [20]

Causas desglosadas ETA	% del total de muertes maternas	Defunciones	TI total mujeres	RMM
Total ETA*	17,55	43	0,19	5,91
Intento fallido de aborto	0,41%	1	0,00	0,14
Aborto no especificado	6,53%	16	0,07	2,20
Otro aborto	5,71%	14	0,06	1,92
Aborto espontáneo	1,22%	3	0,01	0,41
Embarazo Ectópico	2,45%	6	0,03	0,82
Otros productos anormales de la concepción	1,22%	3	0,01	0,41

Nota: TI: Tasa de incidencia. RMM: Razón de mortalidad materna cada 100.000 nacidos vivos. ETA*: Embarazo terminado en aborto.

Es necesario aclarar que la clasificación CIE-10, utilizada para codificar las causas de defunciones maternas, no permite establecer las circunstancias en las

cuales el aborto se produce, es decir, no permite detectar el carácter clandestino de un aborto. [20.1] En este sentido, se desagrega a las defunciones por ETA en

dos grupos o dimensiones diferentes, según la posibilidad de incluir o no al aborto con carácter clandestino.

En primer lugar, identificamos la Dimensión ETA 1, la que contiene aquellas categorías o códigos de clasificación que por su definición no incluyen abor-

tos clandestinos: "abortos espontáneos", "abortos por embarazo ectópico", y "abortos por otros productos anormales de la concepción". Esta Dimensión ETA 1 incluye 12 defunciones y representa el 4,9% del total de las 245 muertes maternas del 2016. La RMM por ETA 1 es de 1,64 c/100.000 NV. Ver tabla nro. 4.

Tabla nro. 4: Dimensión ETA 1, defunciones maternas por embarazo terminado en aborto en porcentajes y , en números absolutos , y RMM c/100.000 NV, teniendo en cuenta solo aquellos códigos que no podrían incluir al aborto inducido clandestino:

Causas Dimensión ETA* 1	% del total de muertes maternas	Muertas maternas	RMM
Total	4,9%	12	1,64
Otros productos anormales de la concepción	1,2%	3	0,41
Embarazo Ectópico	2,4%	6	0,82
Aborto espontáneo	1,2%	3	0,41

Nota: *ETA: embarazo terminado en aborto.

El resto de las categorías de clasificación de ETA quedarían agrupadas en un segundo grupo, Dimensión ETA 2, incluye aquellos códigos que podrían llegar a incluir abortos de carácter clandestino, cabe aclarar que no hay evidencia de que efectivamente lo sean. Son 31 muertes

maternas de embarazo terminado en aborto con pocas especificaciones, representa el 12,65% de las 245 muertes maternas registradas en el año 2016. La RMM por ETA 2 es de 4,26 c/100.000 NV. Ver tabla nro. 5.

Tabla nro. 5: Dimensión ETA 5, defunciones maternas por embarazo terminado en aborto en porcentajes y, en números absolutos, y RMM c/100.000 NV, teniendo en cuenta solo aquellos códigos que si podrían llegar a incluir el aborto de carácter clandestino:

Causas Dimensión ETA* 2	% del total de muertes maternas	Muertes maternas	RMM
Total	12,65%	31	4,26
Intento fallido de aborto	0,4%	1	0,14
Aborto no especificado	6,5%	16	2,20
Otro Aborto	5,7%	14	1,92

Nota: *ETA: embarazo terminado en aborto.

III. Evolución de la razón de mortalidad materna (RMM) y evolución de las causas de muerte materna en Argentina

En el año 2016 se registraron 728.035 nacidos vivos y un total de 245 muertes maternas. El cómputo de la RMM es de 34 muertes cada 100.000 NV. [21]

En el periodo 2001-2016, la RMM presenta una caída, manteniendo el descenso que venía dándose históricamente, [22] pasando de 43,5 a 33,7 muertes cada 100.000 NV. Ello significa una reducción entre extremos del 22%. Ver tabla nro. 6 y figura nro. 3.

Tabla nro. 6: Evolución nacidos vivos (NV) y muertes maternas (MM) en números absolutos, y RMM c/100.000 NV, Argentina 2001-2016: [23]

Año	Nacidos Vivos	Muertes maternas	RMM c/100.000 NV
2001	683.495	297	43,5
2002	694.684	320	46,1
2003	697.952	304	43,6
2004	736.261	295	40,1
2005	712.220	279	39,2
2006	696.451	333	47,8
2007	700.792	306	43,7
2008	746.460	296	39,7
2009	745.336	410	55,0
2010	756.176	331	43,8
2011	758.042	302	39,8
2012	738.318	258	34,9
2013	754.603	245	32,5
2014	777.012	290	37,3
2015	770.040	298	38,7
2016	728.035	245	33,7

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

Evolución de la mortalidad materna en números absolutos según causas: a) causas obstétricas directas: tienen una tendencia a mantenerse en el tiempo, con algunas oscilaciones, y una disminución de un 19%, pasando de 23 muertes c/100.000 NV en el 2001 a 18 muertes c/100.000NV, en el 2016; b) causas obstétricas indirectas: tendencia creciente en el periodo 2001-2016, con un

incremento de un 31% de la RMM; c) embarazo terminado en aborto: disminuye en un 56% de punta a punta; pasando de una RMM de 13,5 en el 2001 a una de 5,9 en el 2016. Ver figuras nro. 4 y 5.1.

Entre las causas obstétricas directas que afectan la mortalidad materna se

observa un incremento de sepsis y otras complicaciones relacionadas con el puerperio (10%) en el periodo 2001-2016; en tanto las motivadas por trastornos hipertensivos mantuvieron registros con pocas variaciones en el mismo periodo. En todas las otras causas directas se reportó un descenso de sus valores. Ver figuras nro. 6 y 6.1.

IV. Evolución de la RMM en Chile

En el periodo 2001-2015, Chile reportó una RMM de 17,4 muertes maternas cada 100.000 NV en el 2001, y de 16 muertes maternas cada 100.000 NV en el 2015, ver tabla nro. 7 y figura nro. 7. [24]

Tabla nro. 7: Evolución nacidos vivos, muertes maternas en números absolutos y RMM c/100.000 NV, Chile 2001-2015: [25]

Año	Nacidos Vivos	Muertes maternas	RMM c/100.000 NV
2001	259038	45	17,4
2002	251529	43	17,1
2003	246792	30	12,2
2004	242450	42	17,3
2005	242949	45	18,5
2006	243513	47	19,3
2007	242054	44	18,2
2008	248363	41	16,5
2009	253576	50	19,7
2010	251199	45	17,9
2011	248873	40	16,1
2012	243858	42	17,2
2013	242845	37	15,2
2014	252194	34	13,5
2015	245406	38	15,5

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

V. Evolución de la RMM en Uruguay

En el periodo 2001-2011, Uruguay reportó una RMM de 38,5 muertes maternas c/100.000 NV en el 2001, y de 8,6 muertes maternas cada 100.000 NV en el 2011.

En el periodo 2011-2016, reportó una RMM de 8,6 c/100.000NV en el 2011, y de 19 muertes c/100.000 NV en el 2016. Ver tabla nro. 8 y figura nro. 8.

Tabla nro. 8: Evolución nacidos vivos, muertes maternas en números absolutos, RMM c/100.000 NV, abortos en números absolutos y razón de abortos c/100 NV, Uruguay 2001-2016: [26]

	Nacidos Vivos	Muertes Maternas	RMM c/ 100.000 NV	Abortos en números absolutos	Razón de abortos c/ 100 NV
2001	51960	20	38,5		
2002	51997	18	34,6		
2003	50633	11	21,7		
2004	50052	9	18,0		
2005	47150	9	19,1		
2006	47236	6	12,7		
2007	47372	13	27,4		
2008	47428	7	14,8		
2009	47152	16	33,9		
2010	47420	7	14,8		
2011	46712	4	8,6		
2012*	48059	5	10,4		
2013	48681	9	18,5	7171	14,7
2014	48368	9	18,6	8537	17,7
2015	48954	11	22,5	9362	19,1
2016	47049	9	19,1	9719	20,7

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

Nota 2012*: En 2012 se legaliza el aborto hasta la semana 12 con requisitos. [27]

Cabe aclarar que Uruguay tuvo la razón de mortalidad materna más baja de su historia en el 2011 llegando a 8,6 muertes maternas cada 100.000 NV.

En el 2012 Uruguay legaliza el aborto. A partir del 2013, un año después, conforme a los reportes del Ministerio de Salud de Uruguay, [28] los registros de aborto fueron de 7.171 en el 2013, de 8.537 en el 2014, de 9.362 en el 2015 y de 9.719 en el 2016. Ver tabla nro. 8 y figura nro. 9.

La tasa de abortos en éste periodo fue de 14,7 abortos c/100 NV en el 2013, de 17,7 abortos c/100 NV en el 2014, de 19,1 abortos c/100 NV en el 2015, y de 20,7 abortos c/100 NV en el 2016. Ver tabla nro. 8 y figura nro. 10.

DISCUSIÓN

Aunque las mujeres en edad reproductiva, de 15 a 44 años, en Argentina tienen mayor probabilidad de morir por enfermedades no transmisibles (ENT), como tumores o causas externas, que por embarazo, parto y puerperio (EPP), es necesario reconocer la relevancia de la salud materna para toda la sociedad, y la necesidad de políticas públicas proactivas que atiendan de manera inclusiva, accesible y con servicios calificados la salud materno infantil.

Es por ello, que es prioritario analizar las estadísticas oficiales sobre la mortalidad materna.

Se observa que las causas obstétricas directas son la principal causa de muerte materna. En segundo lugar, tenemos las causas obstétricas indirectas. Las causas directas e indirectas son las responsables del 82,45% de las 245 muertes maternas del año 2016. Y como última causa, tenemos al embarazo terminado en aborto.

En este último grupo de causas, embarazo terminado en aborto (ETA), se incluyen diversos diagnósticos asociados a todo tipo de abortos, incluyendo los espontáneos, por anomalías y complicaciones, y los que podrían ser provocados o inducidos ya sea en hospitales o clandestinamente. Para poder detectar las muertes maternas por aborto de carácter clandestino en este artículo se han desglosado los códigos incluidos en ETA. [29] Para ello se han separado las causas de muerte incluidas en ETA en dos grandes grupos o dimensiones: a) Dimensión ETA 1, la que agrupa aquellos códigos que no podrían incluir abortos de carácter clandestino; b) Dimensión ETA 2, la que incluye aquellos códigos que si podrían tratarse de abortos de carácter clandestino, pero no necesariamente lo son.

Es conveniente aclarar que la Dimensión ETA 2 incluye registros sin

mayores especificaciones, y cuya clasificación no permite detectar el carácter de clandestinidad de un aborto. Esto quiere decir que requiere de un análisis del sistema de codificación y de los criterios utilizados, ya que los códigos no especificados, podrían estar refiriendo a muertes por todo tipo de abortos. La Dimensión ETA 2, se desglosa de la siguiente manera: a) Intento fallido de aborto, el cual podría deberse a un aborto clandestino, pero no se puede aseverar tal cosa ya que este código incluye también las muertes que pudieran producirse a causa de un aborto terapéutico; b) Abortos no especificados, categoría que tampoco es restrictiva, y podría estar incluyendo a todo tipo de abortos, incluso a los abortos espontáneos, médicos, etc, ya que no está especificado el tipo de aborto; c) Otros abortos, indicador que incluye al menos 9 diagnósticos posibles que podrían ser de abortos espontáneos, inducidos incompletos o de abortos no especificados; tampoco se puede concluir que todos estos decesos fueron por abortos clandestinos.

Un dato positivo de este relevamiento es que la mortalidad materna ha decrecido en los últimos 15 años. Se observa una reducción de un 22% en el periodo 2001-2016. La sumatoria de la mortalidad materna por causas obstétricas directas e indirectas decreció un 1,5% en éste mismo periodo. Ver la figu-

ra nro. 4. La muerte por embarazo terminado en aborto fue la que más se redujo en éste periodo, con una disminución de un 56%.

La mortalidad materna por ETA decrece más abruptamente que la RMM de Argentina.

El aumento de muertes maternas por causas obstétricas indirectas por un lado, y por sepsis puerperales por otro, sorprende en un contexto mundial donde la mortalidad materna tiende a reducirse.

Al comparar la RMM registradas por los Ministerios de Salud de Chile y Uruguay, se observa que en ambos países decreció en el periodo 2001-2016 alcanzando las cifras más bajas de la región. Se observa que Argentina tiene una razón de mortalidad con más de 15 puntos sobre la tasa de cada uno éstos.

La RMM disminuyó significativamente tanto en Chile como en Uruguay antes de la legalización del aborto.

A pesar de que aún en Uruguay han pasado pocos años desde la legalización del aborto (2012), llama la atención el aumento de la razón de mortalidad materna a partir de la legalización del mismo.

Este aumento de los últimos 4 años, en Uruguay, aunque es un periodo corto para evaluar tendencias, plantea la necesidad de estudiar los efectos en la sociedad de la legalización del aborto.

Al no tener registros de abortos antes de la legalización del mismo, metodológicamente se toma como base para el análisis de la evolución de los abortos, a los datos del primer año con registros oficiales completos. [30] Se observa en los años con registros de abortos legales en Uruguay, una tendencia creciente en la cantidad de abortos en números absolutos (ascendieron de 7.171 en el 2013 a 9.719 en el 2016), y un incremento de un 40% en la tasa de abortos c/100 NV.

Queda claro que ni Uruguay ni Chile han necesitado una ley de aborto para disminuir la mortalidad materna.

La investigación en salud, basada en los registros vitales, es un elemento clave a la hora de brindar herramientas para la elaboración y el monitoreo de las políticas públicas materno infantiles, ya que permiten observar la evolución histórica identificando posibles factores que disminuyen o aumentan la mortalidad materna, identificando situaciones de riesgo que requieren de acciones de prevención y de mejoramiento de las mismas.

Además, de la vigilancia de la información de los registros vitales, son necesarios estudios rigurosos que puedan analizar e identificar factores que incidan en la salud materna. Entre estos los mencionados por Hogan y col. [31] que incluyen mejorar el ingreso per cápita, el acceso al parto con atención profesional, y la disminución de la tasa de natalidad. Asimismo, los estudiados por Koch y col. [32] que pueden resumirse en: aumento de nivel de escolaridad en la mujer, acceso a servicios de salud materna calificados para el embarazo, parto y puerperio, acceso a servicios de emergencias obstétricos 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, entre otros.

Al tomar como ejemplos a nuestros países vecinos sobre la reducción de la mortalidad materna es conveniente describir los factores que han impulsado estas mejoras, reconociendo que tanto Chile como Uruguay han reducido la mortalidad materna sin una ley de aborto.

LIMITACIONES

Es un análisis exploratorio donde se trabajó con los datos oficiales disponi-

bles en internet de los indicadores básicos de salud, natalidad y mortalidad materna de los Ministerios de Salud de la Nación de Argentina, Chile y Uruguay. Los datos se presentan tal cual como están disponibles en las fuentes oficiales accedidas a través de internet. Se realizó una revisión breve de informes a nivel mundial sobre mortalidad materna.

CONCLUSIONES

El análisis de los datos oficiales de las estadísticas vitales es la base para toda política de salud proactiva e inclusiva, que busque lograr una mayor accesibilidad y mejora continua en la calidad de los servicios de salud materno infantil, que privilegie la atención temprana del embarazo, así como el acceso a la atención calificada para las emergencias obstétricas, para los partos y para el puerperio, aumentando las medidas de prevención, de diagnóstico, de seguimiento y tratamiento adecuados sobre todos los factores de riesgo identificables.

La mortalidad materna viene reduciéndose en la Argentina, y en el periodo analizado, desde el año 2001 hasta el 2016, entre extremos cae en un 22%. La mortalidad por embarazo terminado en aborto disminuyó en un 56% en este periodo, es decir, más del doble que la caída de la razón promedio.

Cabe destacar que las principales causas de muerte maternas refieren a causas obstétricas directas e indirectas, que en el 2016 son responsables del 82,45% de las muertes maternas. Las muertes maternas por embarazo terminado en aborto no especificado u otros abortos (ETA 2) representan el 12,65%.

Mientras la razón de la mortalidad materna en Argentina para el año 2016 es de 34 c/100.000 NV, la RMM por Embarazo terminado en aborto 2 (ETA 2) es de 4 c/100.000 NV.

Los datos oficiales de Uruguay y de Chile, indican que la mortalidad materna ha disminuido significativamente antes de la legalización del aborto.

En Uruguay se observó un aumento continuo de la razón de mortalidad materna a partir de la legalización del aborto en el 2012. Asimismo, se observó un crecimiento de un 40% de la tasa de abortos en los años analizados.

Los datos comparativos de estos tres países presentados en éste artículo indican que es posible disminuir la mortalidad materna sin una ley de aborto legal. La reducción de la mortalidad materna sin una ley de aborto tanto en Argentina como en Chile y Uruguay invita a reflexionar y a estudiar sobre los factores que si han incidido en la caída de la razón de la mortalidad materna.

Toda muerte materna amerita de estudios científicos rigurosos que profundicen en las razones e identifiquen caminos para evitarlas en el presente y en el futuro. 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 las mujeres para la familia y para la sociedad.

BIBLIOGRAFÍA

[1] DEIS. Ministerio de Salud de la Nación; Argentina. 2018. Disponible en <http://www.deis.msal.gov.ar/Capacitacion/sistema.htm>

[2] MSAL. Ministerio de Salud de la Nación. Informe Salud Materno Infantil Diagnóstico de situación República Argentina, 2005-2014. p.6.

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

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

[5] DEIS. Ministerio de Salud de la Nación; Argentina. 2018. Disponible en <http://www.deis.msal.gov.ar/Capacitacion/sistema.htm>

[6] INDEC. Instituto Nacional de Estadística y Censos. Argentina. 2018. Disponible en: www.proyeccionesyestimaciones_nac_2010_2040.pdf

[7] WHO, UNICEF, UNFPA, The World Bank, United Nations Population Division. Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2015. Geneva: WHO; 2015. p.34.

[8] WHO, UNICEF, UNFPA, the World Bank, United Nations Population Division. Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2015. Geneva: WHO; 2015. p.34.

[9] WHO, UNICEF, UNFPA, the World Bank, United Nations Population Division. Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2015. Geneva: WHO; 2015. p.34.

[10] 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>

[11] 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/>

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

[13] WHO, UNICEF, UNFPA, the World Bank, United Nations Population Division. Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2015. Geneva: WHO; 2015. p.34.

[14] INDEC. Instituto Nacional de Estadística y Censos. Argentina. 2018. Disponible en: www.proyeccionesyestimaciones_nac_2010_2040.pdf

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

[16] Elaboración propia en base a datos del Ministerio de Salud y de las estimaciones de población del INDEC. Argentina. 2018. Disponible en: http://www.proyeccionesyestimaciones_nac_2010_2040.pdf
<http://www.deis.msal.gov.ar/index.php/estadisticasvital>

[17] WHO, UNICEF, UNFPA, the World Bank, United Nations Population

Division. Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2015. Geneva: WHO; 2015. p.34. "El concepto de muerte durante el embarazo, el parto y el puerperio está incluido en la CIE-10 y se define como cualquier muerte temporal al embarazo, parto o posparto, incluso si se debe a causas accidentales o incidentales."

[18] DEIS. Estadísticas Vitales Información Básica 2015 S5 (59). Ministerio de Salud de la Nación Argentina; 2016. p.128: "En la Décima Revisión de la Clasificación Estadística Internacional de Problemas Relacionados con la Salud (CIE 10) se incorporó la categoría "muerte materna tardía", entendiéndose por tal a "la muerte de una mujer por causas obstétricas directas o indirectas después de los 42 días pero antes de un año de la terminación del embarazo. Estas muertes no se incluyen en el cálculo de la razón de mortalidad materna". Disponible en: <http://www.deis.msal.gov.ar/wp-content/uploads/2016/12/Serie5Numero59.pdf>

[19] DEIS. Ministerio de Salud de la Nación. Argentina. 2016. Disponible en: www.deis.msal.gov.ar/wp-content/uploads/2016/09/2016-Tabla40.htm

[20] DEIS. Ministerio de Salud de la Nación. Argentina. 2018. Disponible en: www.deis.msal.gov.ar/wp-content/uploads/2016/09/2016-Tabla40.htm

[20.1] Presidencia de la Nación. Informe del Jefe de Gabinete de Ministros. Licenciado D. Marcos Peña 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>

[21] 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/>

[22] MSAL. Ministerio de Salud de la Nación. Dirección Maternidad e Infancia. Análisis de la Mortalidad Materno Infantil. 2003-2012. Argentina. 2018. p.10.

[23] DEIS. Ministerio de Salud de la Nación. Argentina. 2018. Disponible en <http://www.deis.msal.gov.ar/index.php/estadisticasvitales/>

[24] DEIS Chile. Ministerio de Salud Chile. Defunciones 2000-2015. Disponible en: <http://www.deis.cl/wp-content/2017/>

[gobCL-sitios-1.0/assets/SerieDefunciones_2000_2015.html](http://www.deis.cl/wp-content/2017/gobCL-sitios-1.0/assets/SerieDefunciones_2000_2015.html)

[25] Ministerio de Salud de Chile. 2018. Disponible en: http://www.deis.cl/wp-content/2017/gobCL-sitios-1.0/assets/SerieDefunciones_2000_2015.html

[26] Ministerio de Salud de Uruguay. 2018. Disponible en: http://www.msp.gub.uy/EstVitales/http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/IVE%202016.pdf

[27] Parlamento Uruguay. Ley 18.987. Uruguay. 2012. Disponible en: <https://parlamento.gub.uy/documentosyleyes/leyes/ley/18987http://www.mysu.org.uy/que-hacemos/observatorio/normativas/ley-decreto-y-ordenanza/normativa-sanitaria-14/>

[28] Ministerio de Salud de Uruguay. 2018. Disponible en: http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/IVE%202016.pdf

[29] Presidencia de la Nación. Informe del Jefe de Gabinete de Ministros. Licenciado D. Marcos Peña A la Honorable Cámara de Diputados de la Nación. Argentina. 2018. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/jefatura/informes-al-congreso>

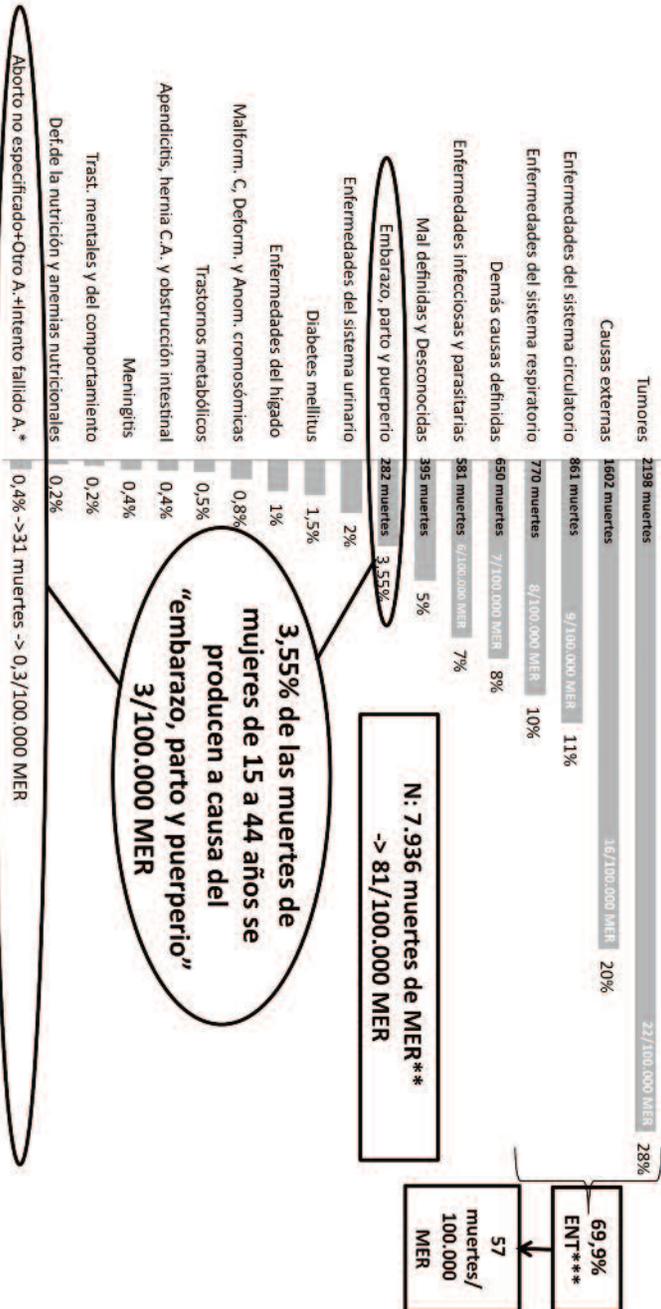
[30] Elard Koch, Miguel Bravo, Sebastián Gatica, Juan F. Stecher; Paula Aracena; Sergio Valenzuela. 2012; 80 (5): 360-372. Sobrestimación del aborto inducido en Colombia y otros países latinoamericanos. *Ginecología y Obstetricia de México*.

[31] 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.

[32] 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.

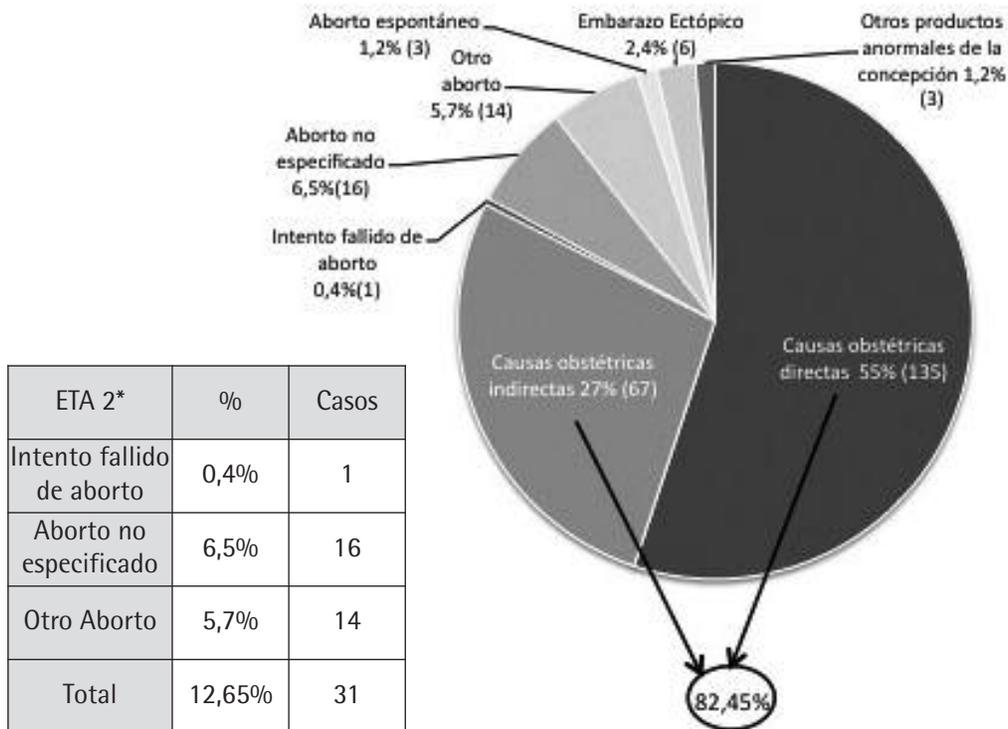
Figura nro. 1: Incidencia de la mortalidad en mujeres de 15 a 44 años (MER**), Argentina, 2016. Porcentajes según grupos de causa.



APÉNDICE

Base muertes totales: 7.936 defunciones de mujeres de 15 a 44 años.
 *Aborto no especificado + Otro Aborto + Intento fallido de aborto: 31 defunciones ya contabilizadas en embarazo, parto y puerperio.
 **MER: mujeres en edad reproductiva (15-44 años)
 ***ENT: Enfermedades No Transmisibles: incluye tumores/causas externas/enf. sist. Circulatorio/enf. sist. Respiratorio/diabetes mellitus. Resto de ENT no fueron contabilizadas.
 Fuente: Elaboración propia en base a datos del Ministerio de Salud de la Nación y del INDEC: 1) proyeccionesyestimaciones_nac_2010_2040.pdf Estimo 9.792.149 MER en Argentina 2016. 2) <http://www.deis.msal.gov.ar/index.php/estadisticasvtales/> 3) <http://www.deis.msal.gov.ar/wp-content/uploads/2016/09/2016-Tabla40.html> 4) <https://www.lanacion.com.ar/2117103-antes-de-empezar-el-debate-el-gobierno-dio-cifras-sobre-el-aborto>

Figura nro. 2: Mortalidad Materna Proporcional. Argentina, 2016. Porcentaje de defunciones maternas según causas, todas las edades.



Nota ETA 2*: Embarazo terminado en abortos poco especificados.

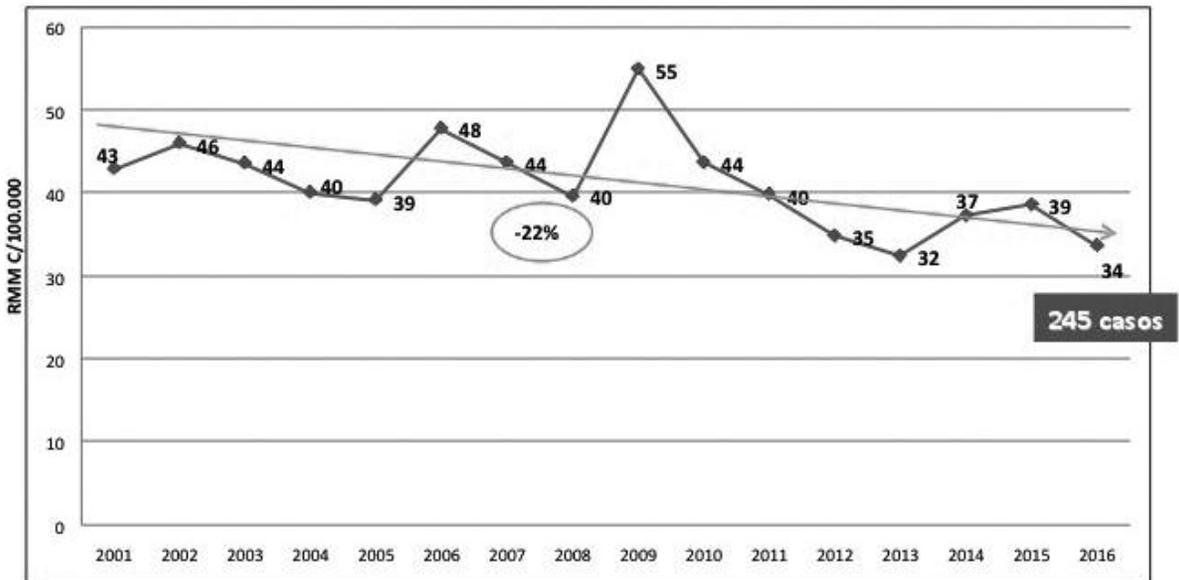
Base muertes maternas: 245 muertes por Embarazo, Parto y Puerperio.

Se excluyen las 38 muertes maternas tardías: "la muerte de una mujer por causas obstétricas directas o indirectas después de los 42 días pero antes de un año de la terminación del embarazo". No se computan en el cálculo de la razón de mortalidad materna.

Fuente: Elaboración propia en base datos del Ministerio de Salud: www.deis.msal.gov.ar/wp-content/uploads/2016/09/2016-Tabla40.htm

Informe 108 de la Jefatura de Gabinete presentado en la sesión en el recinto de la Cámara de Diputados. Marzo 2018. Disponible en: <https://www.lanacion.com.ar/2117103-antes-de-empezar-el-debate-el-gobierno-dio-cifras-sobre-el-aborto>

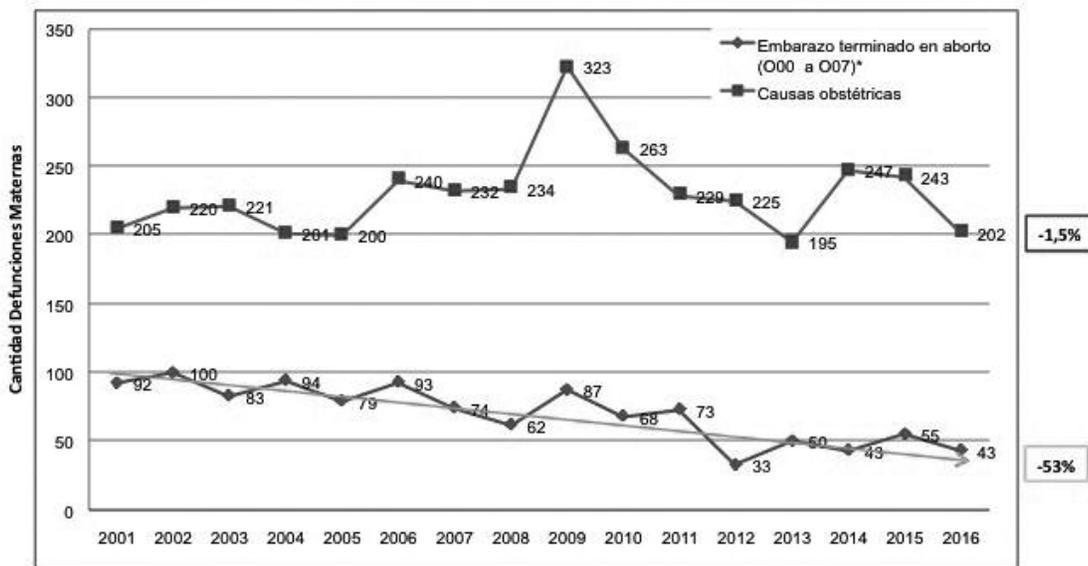
Figura nro. 3: Razón de Mortalidad Materna cada 100.000 nacidos vivos. Argentina, 2001-2016.



Fuente: Elaboración propia en base a datos del Ministerio de Salud de la Nación Argentina:

- 1) <http://www.deis.msal.gov.ar/wp-content/uploads/2016/09/>
- 2) <http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000787cnt-lecturas-del-anuario-2014.pdf> (p. 10)
- 3) <http://www.deis.msal.gov.ar/wp-content/uploads/2016/12/Serie5Numero59.pdf>
- 4) <http://www.deis.msal.gov.ar/index.php/estadisticas-vitales/>

Figura nro. 4: Mortalidad Materna, Argentina, 2001-2016.
Defunciones maternas en números absolutos según causa, causas directas e indirectas agrupadas.



Fuente: Elaboración propia en base a datos del Ministerio de Salud de la Nación Argentina: <http://www.deis.msal.gov.ar/index.php/boletin/>

Figura no. 5: Mortalidad Materna.
Argentina, 2001-2016. Defunciones maternas en números absolutos según causa.

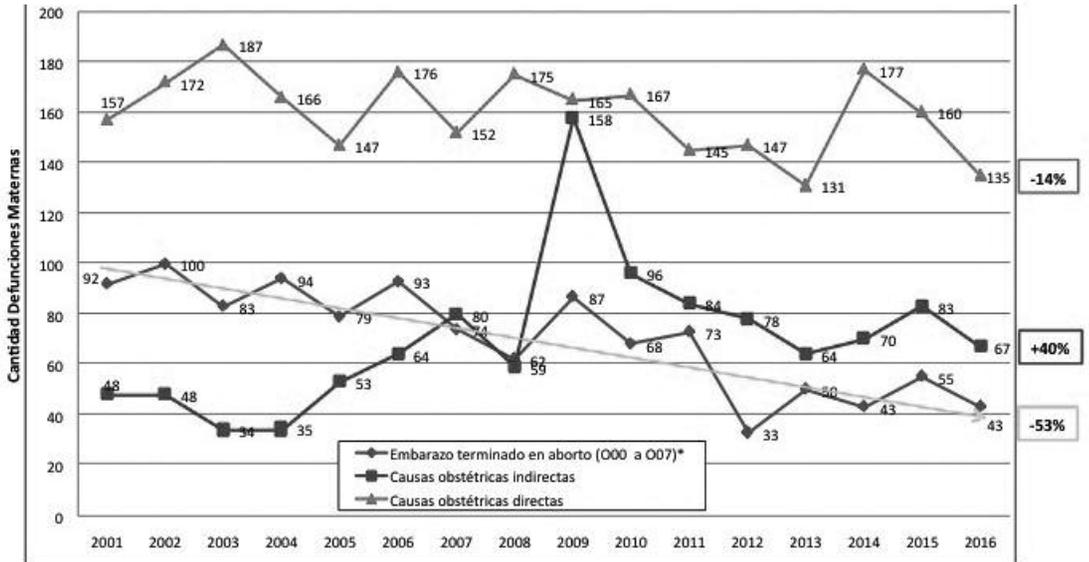
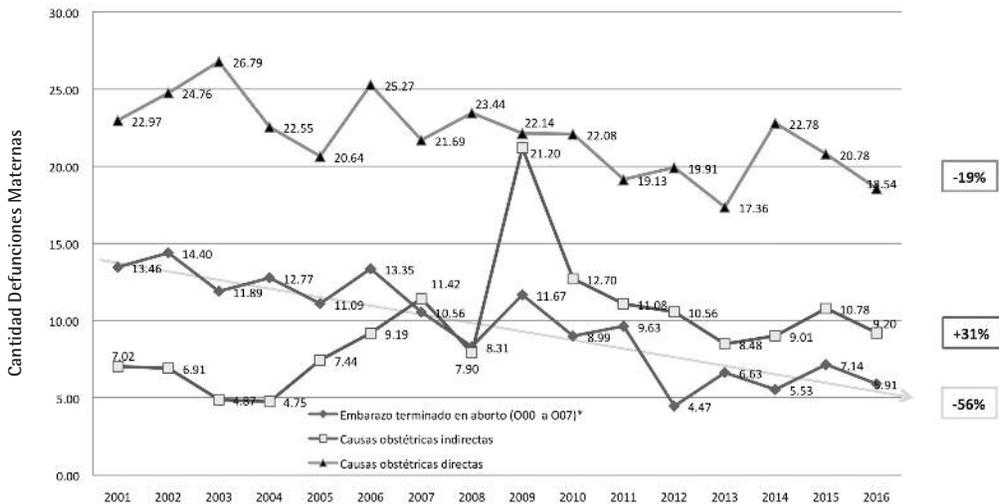


Figura no. 5.1: Razón de Mortalidad Materna.
Argentina, 2001-2016. RMM cada 100.000 Nacidos vivos diferenciadas por causa de muerte



Figuras 5 y 5.1 Fuente: elaboración propia en base a datos del Ministerio de Salud de la Nación Argentina. <http://www.deis.msal.gov.ar/index.php/boletin/>

Figura nro. 6: Mortalidad Materna por "causas obstétricas directas" desglosadas. Argentina, 2001-2016. Defunciones maternas en números absolutos según causa.

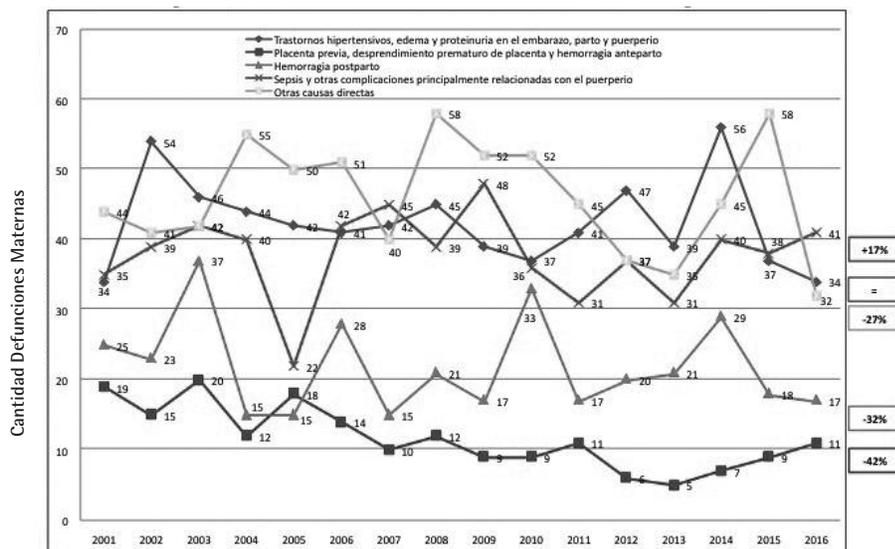
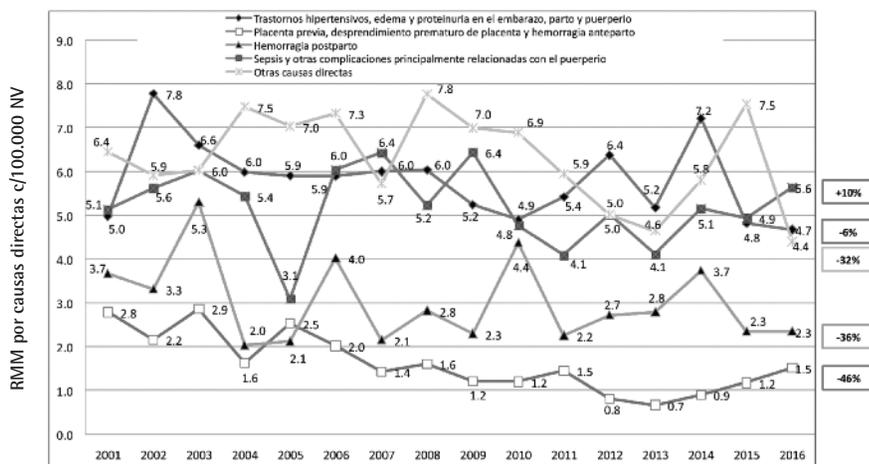
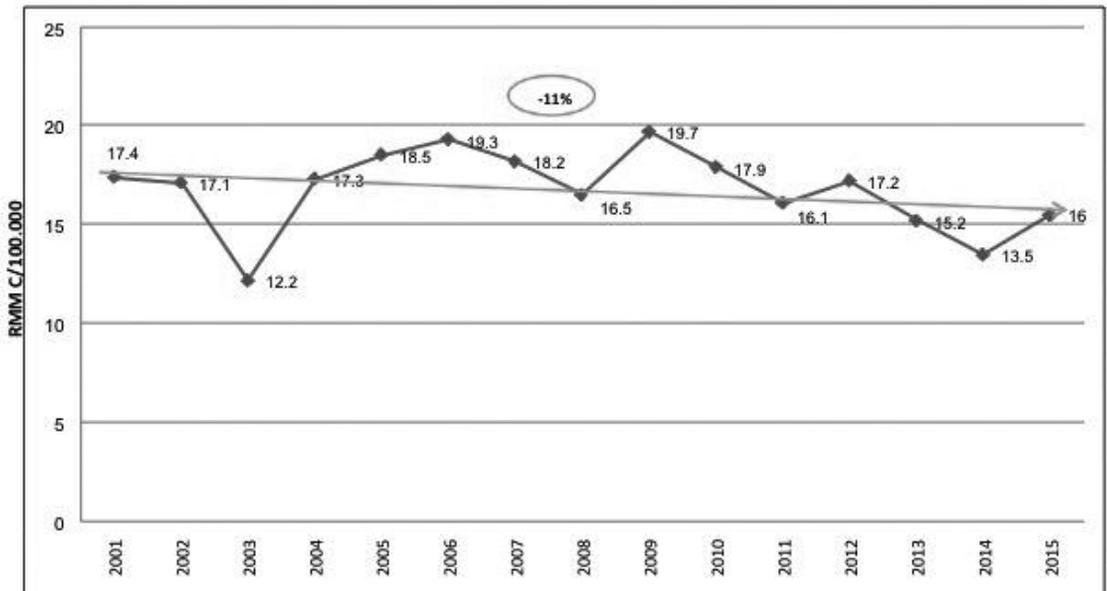


Figura nro. 6.1: Razón de Mortalidad Materna por causas Obstétricas directas. Argentina, 2001-2016. RMM cada 100.000 Nacidos vivos diferenciadas por causa de muerte directa



Fuente: elaboración propia en base a datos del Ministerio de Salud de la Nación Argentina. <http://www.deis.msal.gov.ar/index.php/boletin/>

Figura nro. 7: Mortalidad Materna. Chile, 2001-2015.
Razón de Mortalidad Materna c/100.000 nacidos vivos.



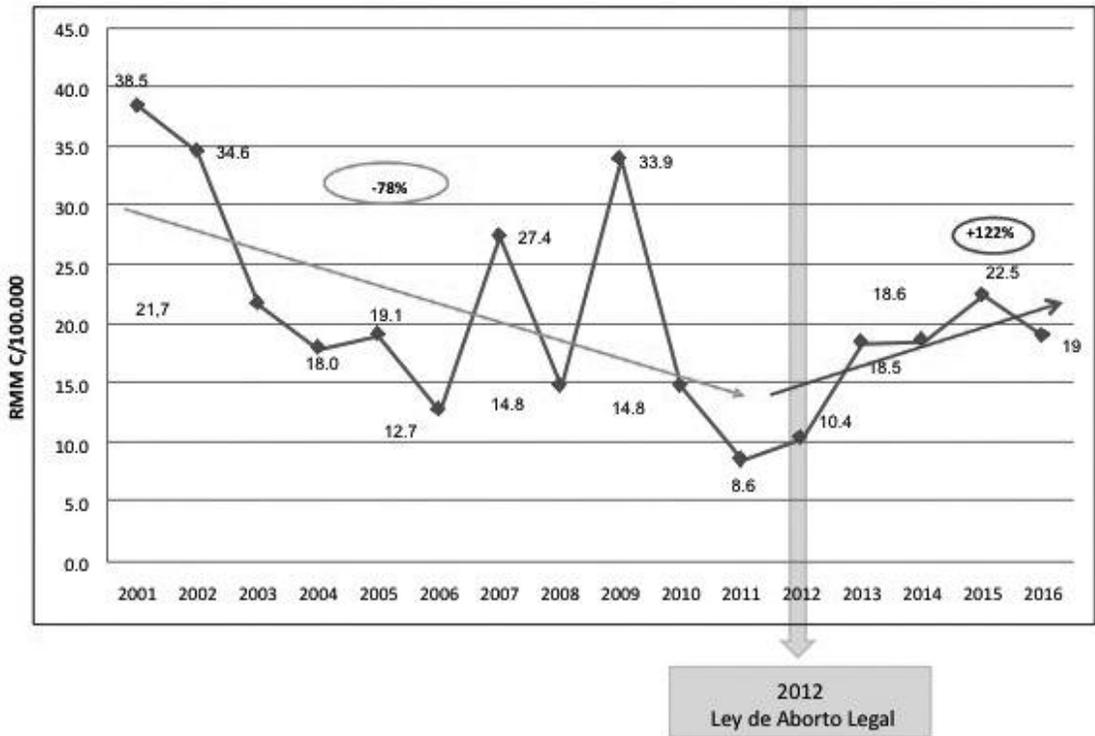
Fuentes: elaboración propia con datos del Ministerio de Salud de Chile y publicaciones varias:

1) http://www.deis.cl/wp-content/2017/gobCL-sitios-1.0/assets/SerieDefunciones_2000_2015.html

2) Koch E (2014) Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología. Chile SOCHOG 2014; 79(5): 351 – 360. Editorial. https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262014000500001

3) Koch (2012) Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología. Tras el cumplimiento del 5° Objetivo del Milenio: mortalidad materna en Chile

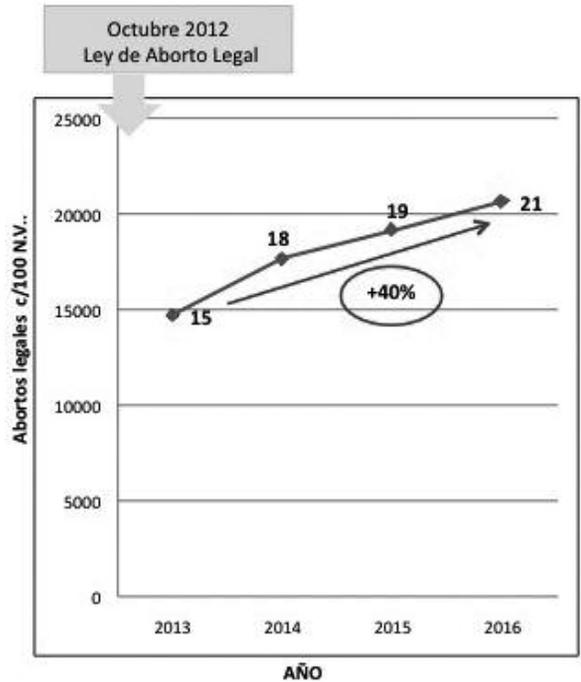
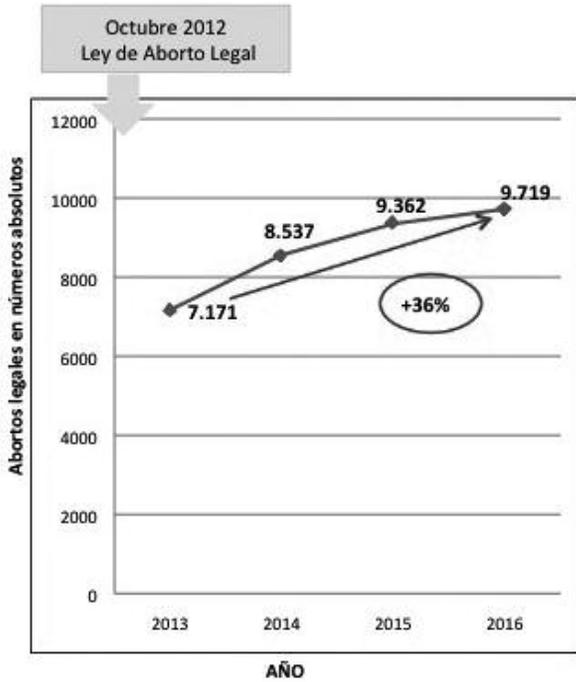
Figura nro. 8: Mortalidad Materna. Uruguay, 2001- 2016.
Razón de Mortalidad Materna c/100.000 nacidos vivos



Fuente: elaboración propia en base a datos del Ministerio de Salud de la Nación Argentina.
<http://www.deis.msal.gov.ar/index.php/boletin/>

Figura nro. 9: Abortos en números absolutos, Uruguay 2013-2016

Figura nro. 10: Tasa de Abortos c/100 Nacidos Vivos, Uruguay 2013-2016



Fuente: http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/IVE%202016.pdf