

Editorial

Tras el cumplimiento del 5° Objetivo del Milenio: mortalidad materna en Chile, 2012

El 31 de diciembre de 2015 se cumple el plazo del compromiso adquirido por todos los países que constituyen las Naciones Unidas, de reducir en un 75% la mortalidad materna de sus respectivas naciones en el periodo 1990-2015 (1).

Lamentablemente, el informe de las Naciones Unidas para 2012 (2), reportó que el descenso de la mortalidad materna mundial, regional y de la mayoría de los países, está lejos de la meta establecida para el 2015, siendo los avances muy lentos pese a importantes mejoras de los indicadores de salud materna, especialmente desde el 2000 en adelante, comparados con la década precedente.

El informe de tendencia de la mortalidad materna para el período 1990-2010 elaborado por WHO, UNICEF, UNFPA y The World Bank (3) señaló que globalmente al 2010 se registró un descenso mundial del 47%; que la mortalidad materna en países en desarrollo (240/100.000 nacidos vivos) es quince veces superior a la de países desarrollados (16/100.000 nacidos vivos); que tan solo 10 países han cumplido al 2010 el objetivo de reducir en 75% o más la mortalidad materna y estos son: Estonia (95%), Maldivas (93%), Bielorrusia (88%), Rumania (84%), Bután (82%), Guinea Ecuatorial (81%), Irán (81%), Lituania (78%), Nepal (78%) y Vietnam (76%), y que aún persisten 40 países con mortalidad materna igual o superior a 300/100.000 nacidos vivos, y que Latinoamérica y el Caribe tiene una mortalidad materna promedio al 2010 de 80/100.000 nacidos vivos, con una reducción del 41% para el período 1990-2010.

Bielorrusia, Estonia y Lituania, tenían cifras de mortalidad materna similares a Chile en 1990 (39,9/100 000 nacidos vivos), logrando reducir el indicador a cifras extremadamente bajas en 2010 ($\leq 8/100.000$ nacidos vivos). Es así que en 2010

Bielorrusia registró 1 muerte materna, Estonia 1 muerte materna y Lituania 2 muertes maternas (4). No disponemos de antecedentes de como esos países lograron una reducción de tal magnitud, mientras que los otros 7 países tenían tasas muy altas de mortalidad materna en 1990 y también superiores a Chile al 2010, sin embargo pudieron reducir el indicador y dar cumplimiento al 5° Objetivo del Milenio (5°OM).

Chile, luego de una exitosa reducción de la mortalidad materna en el periodo 1990-2000 (5) de 60,49% desde el 2000 presenta un estancamiento del indicador (6) que impedirá el cumplimiento del 5°OM (7). Los motivos para este cambio de tendencia parecen estar dados por cambios demográficos que inciden fuertemente en el perfil epidemiológico de la mortalidad materna (7). Estos cambios radican en un envejecimiento de la mujer chilena en edad fértil, que lleva por esa y otras razones -como una mayor oportunidad en el desarrollo educacional y laboral de la mujer- a postergar el embarazo a edades mayores. Es así como se ha detectado un aumento de los nacimientos en mujeres de 35 o más años y muy especialmente de 40 o más años, con una reducción de los nacimientos en el rango etario de menor riesgo como es entre los 20-29 años.

La Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología ha monitoreado las muertes maternas presentando anualmente su tendencia en Editoriales en la Revista de la Sociedad. Este año presentamos la correspondiente al 2012, con el convencimiento definitivo que el objetivo no podrá ser cumplido. En la Tabla I se presenta las causas de mortalidad materna, publicado el 23 de octubre de 2014 por el Instituto Nacional de Estadística (INE) (8).

Tabla I
CAUSAS DE MUERTE MATERNA, CHILE 2012

Código	Descripción	n
O00	Embarazo ectópico	1
O03	Aborto espontáneo	1
O06	Aborto no especificado	2
O14	Hipertensión gestacional con proteinuria significativa	8
O15	Eclampsia	2
O26	Atención a la madre por otras complicaciones principalmente relacionadas con el embarazo	2
O42	Ruptura prematura de membranas	1
O45	Desprendimiento prematuro de la placenta	2
O62	Anormalidades de la dinámica del trabajo de parto	1
O67	Trabajo de parto y parto complicados por hemorragia intraparto, no clasificados en otra parte	2
O85	Sepsis puerperal	2
O95	Muerte obstétrica de causa no especificada	2
O96	Muerte materna debida a cualquier causa obstétrica que ocurre después de 42 días pero ante de un año del parto	12
O98	Enfermedades maternas infecciosas y parasitarias clasificables en otra parte, pero que complica el embarazo, el parto y el puerperio	1
O99	Otras enfermedades maternas clasificables en otra parte, pero que complican el embarazo, el parto y el puerperio	15
Todos		54

Observamos que por primera vez el INE informa las muertes maternas que ocurren después de los 42 días pero antes de 1 año posparto (Código O96), con 12 muertes adicionales, dando un total de 54 muertes maternas en 2012. Es obvio pensar que años anteriores también hubo muertes maternas entre los 42 días y un año posparto, pero esas muertes no se informaban en los Anuarios de Estadísticas Vitales del INE. El Departamento de Estadísticas e Información en Salud (DEIS) del MINSAL informa 10 muertes maternas tardías entre los años 2000-2011 (9); la disparidad de las cifras informadas entre el periodo 2000-2011 (10 muertes) y el año 2012 (12 muertes) sugiere un sub-registro antes de 2012. Si continúa ese informe anual, se estará sincerando las cifras y las hará de mayor confiabilidad, ya que es inevitable que existan sub-registros, y esta información, disminuiría en parte esos eventuales errores estadísticos. Sin embargo, para el seguimiento del 5°OM debemos seguir considerando la

muerte materna hasta los 42 días posparto; esto da una razón de mortalidad materna para el año 2012 de 17,22/100.000 nacidos vivos corregidos (42/243.858) y una mortalidad materna tardía de 4,92/100.000 nacidos vivos corregidos (12/243.858). En la Figura 1 se presenta la tendencia de la razón de mortalidad materna desde 1990 a 2012.

Es importante destacar que EEUU y Canadá, países desarrollados de la Región de las Américas, en el período 1990-2010, no lograron reducir la mortalidad materna y aumentaron la tendencia en 65 y 101% respectivamente (3). Dos estudios de Canadá han intentado demostrar que el aumento de la tendencia de la mortalidad materna se debe al uso de las estadísticas vitales para monitorear la tendencia, la que registraría solo entre el 40 a 60% de las muertes maternas, y también al uso actual de la CIE 10, que incorpora la muerte materna tardía, mientras que si se utiliza la información del *Canadian Institute for Health Information's hospitalization*



Figura 1. Tendencia de la razón de mortalidad materna (x 100.000 nacidos vivos corregidos), Chile 1990-2012.

database que registra la condición vital materna al alta hospitalaria, hace que la tendencia de la mortalidad materna de Canadá en el período 1996-2007 no presente cambios significativos (10,11).

Si bien agradecemos esta información, el Ministerio de Salud Pública debe desagregar las causas de muertes maternas, tanto del Código O99 (Otras enfermedades maternas clasificables en otra parte, pero que complican el embarazo, el parto y el puerperio) como las del código O96 (Muerte materna debida a cualquier causa obstétrica que ocurre después de 42 días pero antes de un año del parto), información muy importante para la formulación de políticas públicas que permitan el control de la mortalidad materna en Chile y así recuperar la tendencia descendente.

Hacemos notar que las primeras tres causas de muerte materna continúan siendo las enfermedades concurrentes (código O99) (RMM 6,15/100.000 nv), seguidas por las asociadas al síndrome hipertensivo del embarazo (códigos O14 y O15) (RMM 4,10/100.000 nv) y al aborto (códigos O3 y O6) (RM 1,23/100.000 nv) (Tabla II).

En la Tabla III se presenta las muertes maternas y razón de mortalidad materna según rangos

de edad de la madre. No hubo muertes maternas en adolescentes menores de 15 años y en mujeres de 50 o más años. Debimos lamentar 3 muertes maternas en adolescentes de 15-19 años, una de ellas después de los 42 días posparto; además hubo 5 muertes maternas en mujeres de 40 o más años, una de ellas también después de los 42 días posparto. Se aprecia la tendencia al aumento de la mortalidad materna desde los 35 años.

Los profesionales encargados del cuidado de la salud materna y perinatal deben continuar esforzándose para controlar este flagelo, más allá del 2015, con capacitación permanente, prevención y programación del embarazo en mujeres con patologías crónicas pregestacionales y en edad materna avanzada, como también evitando las muertes maternas de adolescentes con educación en afectividad y sexualidad, respetando siempre la vida del ser humano en gestación.

Dr. Enrique Donoso S.
Editor Jefe.

Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología.

Tabla II
NÚMERO DE MUERTES Y RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA EN LAS TRES PRIMERAS CAUSAS DE MUERTE SEGÚN EDAD MATERNA, CHILE 2012

Edad materna (años)	Códigos CIE 10		
	Enfermedades concurrentes (O99) n (RMM)*	Síndrome hipertensivo (O14; O15) n (RMM)*	Aborto (O3; O6) n (RMM)*
<15	-	-	-
15-19	-	-	-
20-24	3 (5,1)	-	-
25-29	3 (5,2)	2 (3,5)	-
30-34	2 (3,8)	4 (7,6)	2 (3,8)
35-39	4 (12,7)	4 (12,7)	-
40-44	1 (11,8)	-	1 (11,8)
45-49	2 (429,2)	-	-
50-55	-	-	-
Total	15 (6,15)**	10 (4,10)**	3 (1,23)**

RMM: razón de mortalidad materna.

*x 100.000 nacidos vivos ocurridos e inscritos.

**x 100.000 nacidos vivos corregidos.

Tabla III
MUERTES MATERNAS Y RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA SEGÚN RANGOS DE EDAD DE LA MADRE, CHILE 2012

Edad materna (años)	NVOI	MM	MMT	RMM	RMMT
<15	879	-	-	NA	NA
15-19	34.305	2	1	5,83	2,92
20-24	58.146	4	2	6,88	3,44
25-29	57.491	9	2	15,65	3,48
30-34	52.386	12	3	22,91	5,73
35-39	31.475	11	3	34,95	9,53
40-44	8.449	2	1	23,67	11,84
45-49	466	2	-	429,18	NA
50-55	8	-	-	NA	NA
NE	30				
Total	243.635	42	12	-	-

NE: no especificado. NA: no aplica. NVOI: nacidos vivos ocurridos e inscritos. MM: muertes maternas. MMT: muertes maternas tardías. RMM: razón de mortalidad materna. RMMT: razón de mortalidad materna tardía.

REFERENCIAS

1. United Nations. United Nations Millennium Declaration. Resolution adapted by the General Assembly, 55th Session of the United Nations General Assembly, New York, September 18, 2000.
 2. Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe de 2012. Nueva York. 2012. Disponible en: http://www.un.org/spanish/millenniumgoals/pdf/mdg_2012_foreword_overview.pdf. [Consultado el 5 de abril de 2011].
 3. WHO, UNICEF, UNFPA, The World Bank. Trends in maternal mortality: 1990 to 2010. WHO Document Production Services, Geneva, Switzerland. 2012. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789241503631_eng.pdf. [Consultado el 5 de abril de 2011].
 4. World Health Organization. Maternal Mortality Country Profiles. Global Health Observatory. Disponible en: http://www.who.int/gho/maternal_health/countries/en/. [Consultado el 14 de julio de 2014].
 5. Donoso Siña E. [The reduction in maternal mortality in Chile, 1990-2000]. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health*. 2004;15(5):326-30. [Article in Spanish].
 6. Donoso E. Mortalidad materna en Chile, 2000-2004. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2006;71(4):246-51.
 7. Donoso E, Carvajal J. [The change in the epidemiological profile of maternal mortality in Chile will hinder the fulfillment of the millennium 5th goal]. *Rev Med Chile*. 2012;140(10):1253-62. [Article in Spanish].
 8. Instituto Nacional de Estadísticas, Servicio de Registro Civil e Identificación; Departamento de Estadísticas e Información en Salud. Gobierno de Chile. Anuario de Estadísticas Vitales 2012. Disponible en: http://www.ine.cl/canales/menu/publicaciones/calendario_de_publicaciones/pdf/completa_vitales_2012.pdf. [Consultado el 23 de octubre de 2014].
 9. DEIS, MINSAL. Defunciones y mortalidad materna. Chile, 2000 a 2011. Disponible en: <http://www.deis.cl/?p=2541>
 10. Temporal trends in maternal mortality in Canada I: estimates based on vital statistics data. Lisonkova S, Bartholomew S, Rouleau J, Liu S, Liston RM, Joseph KS; Maternal Health Study Group of the Canadian Perinatal Surveillance System. *J Obstet Gynaecol Can* 2011;33(10):1011-9.
 11. Temporal trends in maternal mortality in Canada II: estimates based on hospitalization data. Lisonkova S, Liu S, Bartholomew S, Liston RM, Joseph KS; Maternal Health Study Group of the Canadian Perinatal Surveillance System. *J Obstet Gynaecol Can* 2011;33(10):1020-30.
-