

la mortalidad materno-infantil en latinoamérica

Haroldo Capurro¹

Quiero comenzar agradeciendo la invitación a participar en este evento tan importante para mí, y decir, siguiendo las palabras del doctor Ochoa, que ésta puede ser la mesa de la inequidad. Creo en parte que así es; el director saliente de la OMS, en sus últimas presentaciones, dijo que había logrado muchos éxitos, pero que el que había quedado pendiente era el manejo de la inequidad en Latinoamérica.

En segundo lugar, podemos tomar otra palabra: la prevención; esa palabra “evitabilidad” que no nos gusta a los médicos y que en algún momento se transformó por consenso en “reducibilidad”; no hay cero, no hay cien por ciento.

La tercera palabra que tendremos que en alguna forma evaluar es el grado de discapacidad. La gran cantidad de discapacitados que genera no sólo la mortalidad y la morbilidad sino la discapacidad de diferentes eventos que suceden en América Latina.

Comenzaremos con las primeras cifras, que son del año 1996. Aproximadamente 150 millones de niños nacen al año en el mundo, y el 10% en países con el mínimo desarrollo (en América Latina tenemos uno de ellos: Haití), países en vías de desarrollo (36 países latinoamericanos) y países desarrollados (el 14%). En aquel momento 7 millones 600 mil chicos, con una mortalidad perinatal de 57 por mil, afectaban a 4 millones 300 mil fetos y 3 millones 300 mil neonatos mueren antes de los siete días extrauterina (o sea, mortalidad neonatal precoz). Estos fetos que están considerados son de más de un kilo, más de 28 semanas, o sea que son posiblemente viables y adaptables a la vida extrauterina.

(1) Ex Subdirector del CREP (Centro Rosarino de Estudios Perinatales). Director de la publicación web *Nacer Latinoamericano* (www.nacerlatinoamericano.org), dedicado a la Medicina Práctica Materna, Feto, Neonatal.

Tenemos las tasas de mortalidad por cada mil nacidos vivos. En Africa 75 por mil, Asia 53 por mil, Latinoamérica 39 por mil, Norteamérica y Europa 10 por mil; tenemos tasas en Africa entre seis y siete veces mayor que países desarrollados.

En el mundo, entonces, de los 150 millones, 146 millones son nacidos vivos, 4 millones son fetos muertos, 2 millones de los muertos eran aptos para la vida extrauterina. El 17% de los 146 millones son niños de bajo peso, con alta probabilidad de morir, de enfermar o quedar con secuelas.

En América Latina han sucedido cosas como éstas: en 1970-1974 la mortalidad infantil duplicaba la mortalidad perinatal. La mortalidad infantil, dependiendo de factores ambientales, ha disminuido y se ha cruzado con la mortalidad perinatal. Las causas pueden ser que la mortalidad infantil ha disminuido porque ha mejorado la atención primaria en salud, se ha manejado un poco las infecciones respiratorias agudas o la enfermedad diarreica aguda. Al buscar las causas de este incremento yo tengo mi interpretación: tal vez ha mejorado la conducta obstétrica y nacen hoy chicos que antes morían en el útero (niños que nacen con 600, 800 y mil gramos, mucho más que hace 20 años, y que se mueren en el período neonatal precoz o en los primeros años). 11 millones de niños aproximadamente nacen vivos en Latinoamérica, y cuando afirmamos esta cifra nos referimos a que están registrados (no sabemos cuánto es la falta de registro), por lo tanto, podemos afirmar que para Latinoamérica ha mejorado mucho la cobertura institucional del parto; ha llegado al 88, 89 %, con todas las inequidades que pueda haber. Hasta hace poco, uno de nuestros países vecinos tenía el 30% de atención del parto institucional (creo que en Centroamérica, Guatemala está alrededor de esas cifras). De todos modos, hay 10 millones 350 mil que pesan más de dos kilos y medio, y 1 millón 150 mil, que serían aproximadamente el 10% para Latinoamérica que son de bajo peso al nacer debido a prematurez. Probabilidad de morir por inadaptación de vida intrauterina para los prematuros, pero gran cantidad de los que nacen con bajo peso lo hacen por desnutrición en la vida intrauterina en los países en vías de desarrollo. Y eso juega un papel importante, a partir de los estudios de Barker que dicen que ese feto programado, cuando en el útero tiene esa desnutrición, posiblemente cuando es adulto la hipertensión, la hiperlipidemia, y la diabetes estén incidiendo en un futuro.

Entre los niños de más de dos mil quinientos gramos mueren un 19 por mil; 96 por mil, que son 110 mil de bajo peso. Es decir, que la mortalidad es cinco veces mayor, y otro tanto tiene de morbilidad o bastante más, y ¿cuánto tiene de discapacidad?

Países desarrollados: de un 6,2% total de términos es 2%, y 4,2% pretérmino (con posibilidades de morir por problemas de prematuridad o inadaptabilidad). Y en los países en vías de desarrollo, el 5,4% son pretérmino, y prácticamente las 2/3 partes de los chicos que nacen son pretérmino en los países desarrollados, 2/3 partes de los chicos que nacen son desnutridos fetales, con posibilidad de tener problemas no sólo en el momento neonatal sino en el futuro. Prácticamente el problema de prematuridad es de cifras similares entre países desarrollados y en vías de serlo; tal vez nos cueste manejar el problema biológico de lo que es la prematuridad en sí, pero tenemos una enorme posibilidad de trabajar sobre la reductibilidad de este bajo peso al nacer, que no quiere decir que siempre sea por desnutrición, pero muchas veces se puede reducir la situación.

Acerca de la inequidad me referiré a cifras del año pasado, del boletín de ese año. En la zona andina, la mortalidad perinatal (22 países de Latinoamérica y Caribe). Zona andina: 55 por mil; el extremo superior de mortalidad es Perú, que junto a Ecuador tiene la más alta tasa de mortalidad. Colombia tiene estas cifras dentro de la zona andina; en el cono sur la más alta es la de Paraguay y la mínima la de Uruguay; en Centroamérica, arriba de Nicaragua y Costa Rica, que son los que tienen menos mortalidad perinatal, está la gran inequidad. Haití casi tiene casi el 100 por mil, casi el 10% de mortalidad perinatal. Cuba muestra el 15 por mil. Y todo esto con referencia también a lo que sucede en Canadá y en EEUU.

La mortalidad infantil y neonatal muestra la inequidad al comparar Sudamérica y México, Centroamérica, el Caribe latino y el no latino, EEUU y Canadá. Canadá y EEUU con una mortalidad infantil de 7.2; Latinoamérica y Caribe 27 (cuatro veces más mortalidad). En cuanto a la mortalidad neonatal, 4.7 para EEUU y Canadá y para Latinoamérica y Caribe 15, es decir tres veces más. ¿Es evitable esto?

Hace unos años estuve en Argentina, en el Ministerio de Salud y Acción Social, y hubo un problema sobre evitabilidad. Los médicos no aceptaron en ese momento el término; podemos reducir la muerte, pero no evitarla. Queremos reducir lo que es reducible. Anomalías congénitas: difícilmente reducibles; infección, asfixia: relativamente fácil de reducir. En neonatología, si ofrecemos evitar la infección, la asfixia, el enfriamiento, y damos alimento; con esas cuatro acciones vamos a reducir las cifras y llegaremos a números similares a los de EEUU y Canadá.

¿Alguien sabe cuál es la mortalidad fetal de un país? Se debe ir a los registros de los hospitales, pero allí tampoco están los datos, porque no hay

una legislación. No sabemos cuál es la mortalidad fetal, son estimados, y de ellos logramos sacar uno a uno en diferentes regiones. Estamos hablando de mortalidad fetal de 9,4, y de mortalidad neonatal de 11 (de toda la región, Latinoamérica, Caribe latino, Centroamérica, Cono Sur, Área andina, Brasil y México, este último con casi 12 millones de nacimientos se lleva casi la mitad). Y estamos hablando de mortalidad fetal de 20 por mil para el Caribe latino (seguramente ahí Haití está jugando). ¿Podemos creer en las estadísticas de mortalidad fetal cuando hay una cantidad no registrada de partos no institucionales, de fetos que se mueren en el prenatal? Es difícil, yo creo que Argentina es uno de los países que ha trabajado bien en mortalidad fetal, sobre todo desde hace ya varios años, desde el 85; y el Dr. Althabe y el Dr. Vinacur. Llegaron a una conclusión: hay un 50% sin registro; es difícil trabajar sobre esto.

Como resumen: 93 por cien mil es la mortalidad materna para la región. Caribe latino con cifras arriba, Sudamérica y México abajo. Estamos diciendo algo diferente a lo que dijo el doctor Londoño, que afirmó que había 190, de 22 mil muertes, el doble. Es así, son 22 mil muertes, pero oficialmente tenemos 93. La mortalidad perinatal es de 24, casi 25 por mil, para toda la región. 284 mil neonatos o fetos se mueren por año en la región de las Américas. Y 314 mil niños mueren en su primer año de vida.

Las inequidades en Latinoamérica están entre países y dentro de los países, y dentro de un mismo país pareciera que tenemos Europa con Suecia, Finlandia y Noruega y por otro lado Bangladesh o Afganistán.

La mortalidad materna es de las grandes inequidades que existen en el mundo. ¿Cuántas se mueren? ¿93 por 100 mil? ¿190 por 100 mil? Es otro de los grandes problemas que no tienen números, y sin números es difícil conocer nuestra realidad; hablamos de cinco y son diez, qué presupuesto podemos hacer de este problema, diagnóstico de situación. Causas de muerte: murió una señora de infección, tenía 25 años y no sabemos si estaba embarazada... Hoy hay 600 mil muertes maternas por año en el mundo; 53% en Asia, 15% en África, 68% se mueren en estos países. 94% de las muertes maternas suceden allí, en África y en Asia. Sólo el 1% de ellas, en países desarrollados (EEUU, Canadá, Europa, Australia) y Latinoamérica quedamos con 5% de muertes maternas. No podemos conformarnos con esa cifra, con todo el potencial que tenemos deberíamos arrojarnos a cifras como las que promueven los países desarrollados.

Si hacemos una encuesta (una vez la hicimos con la Dirección de Estadísticas de Salud) y preguntamos qué es muerte materna o qué es muerte

fetal vamos a encontrar una diversidad de definiciones. Problemas en el diagnóstico: una mujer que se muere de una causa cerebrovascular, ¿está o no embarazada? No estoy hablando de problemas de tránsito o de injurias, que pueden estar afuera de la mortalidad materna. Muerte fuera de instituciones de atención, no control de la madre, baja cobertura y calidad de los registros, dificultades con la información disponible, estimaciones inadecuadas. Muchas muertes maternas se estiman en los países por posibilidad, algunas con muy buen criterio, pero en cuanto al manejo de la información hay un problema. Nosotros recolectamos mucha información, demasiada. O la tenemos en los cajones o no la analizamos, no la interpretamos correctamente, no tomamos decisiones correctamente a partir de los resultados. En general, mis visitas a diferentes zonas de Latinoamérica son excelentes en la recolección de la información, pero cuesta mucho tomar decisiones basadas en ella.

Seguimos con cifras: en Latinoamérica son 11 millones 500 mil de nacidos vivos. El número de muertes maternas es de 22 mil. La mortalidad materna por cien mil nacidos vivos es 190 por 100 mil nacidos vivos. ¿Por qué no ponemos los nacidos muertos? Si también son hijos de madres. No los ponemos porque no lo conocemos; el denominador es otro también. ¿Cuál sería la tasa mínima para Latinoamérica de este año? 114 por cien mil para el año '97, y la máxima 308; los rangos son bastante grandes. Puede morir, para las cifras que nos da: 397 por cada cien mil. Pero con un mínimo de 234 por cada cien mil hay 635. Son números.

UNICEF, OPS, Banco Mundial; todos tienen cifras diferentes y además son años diferentes, por eso nos cuesta homogeneizar los datos. Seguro que la mortalidad materna es inequidad; los mismos gráficos que se repetían en mortalidad perinatal sucede en mortalidad infantil y en mortalidad materna. En la zona andina, en Perú, en Chile, en Colombia, en la zona sur, en Paraguay, en Uruguay, en materno infantil la diferencia puede ser de tres o cuatro veces; en mortalidad materna existen 10 o 15 veces más.

El número de muertes maternas por año, para los 22 países de América Latina oscila, según la fuente consultada, en 8.813 muertes maternas, y según otras fuentes, 18.252 muertes. La diferencia es de 9.400 muertes maternas, lo que nos lleva a preguntarnos qué estamos haciendo, adónde nos lleva esto, qué debemos hacer. Es imposible hacer un presupuesto y un recurso humano si tenemos esta diversidad de información. Hoy tenemos muchas posibilidades para tener información de confianza; los avances tecnológicos son espectaculares.

¿Y si se muere una madre? Estos son los códigos de clasificación internacional de enfermedades, la novena revisión. Septicemia: enfermedad cardíaca hipertensiva. Y otras enfermedades hipertensivas. Hipertensión y definición. Se muere una mujer de 30 años, ¿estaba embarazada? En Argentina, en el 94, cuando yo trabajaba en Naciones Unidas con PROM, habían muerto ese año 10.352 mujeres en edad reproductiva, de entre 15 y 49 años. Murieron 274 embarazadas, y fallecieron por causas durante el embarazo, parto o puerperio 1.382 madres. Si éstas estuvieran embarazadas y sumamos la mortalidad de estas mujeres sería 16%. ¿De qué murieron esas madres? Letalidad por enfermedad hipertensiva; de 15 a 49 años (consideramos la muerte de todas esas mujeres) 1.3% murió por enfermedad hipertensiva. Si fuese gestante, 14% murió por enfermedad hipertensiva. El riesgo relativo, la posibilidad de que mueran por enfermedades hipertensivas las madres a estas edades es 10 veces más: 14 dividido 1.3.

Si por letalidad en el proceso infeccioso muere una madre en edad reproductiva, no embarazada, 3.9%; si es que están el 12.8%; riesgo relativo: posibilidad de morir estando embarazada por problemas infecciosos, 3.3 más. Si se incluye el aborto, esto se transforma en 11 veces más.

Los problemas, las barreras en la atención de las madres: retraso en el diagnóstico de la enfermedad. El médico, la cultura, la casa, la enfermedad. ¿Tenés una hemorragia? Esperemos y mañana vamos al médico, y la mujer muere. Pero también retraso en la aparición de la enfermedad, la consulta, retraso entre la consulta y la internación. El sistema de salud está retrasando, y si no hay posibilidad de comunicarse o no se comunican, está influyendo también. Retraso entre la internación y comienzo del tratamiento. Llega al hospital y espera, espera, espera y espera.

La mortalidad materna es uno de los indicadores de salud que muestra, junto a la letalidad por enfermedad diarreica aguda, la mayor desigualdad entre países desarrollados como Canadá y EEUU con los de Latinoamérica y Caribe. En éstos, la mortalidad materna es 11 veces mayor, y la mortalidad por enfermedad diarreica aguda es 13 veces mayor. Las diferencias entre tasas mínima y máxima de mortalidad materna en los países: zona andina, 6 veces y media más; cono sur, 5 veces y media más; Centroamérica, 10 veces más, Caribe latino, 65 veces. Esto es muestra de la inequidad para Latinoamérica y el Caribe. Muchas gracias.