

Una nueva mirada sobre la mortalidad y la morbilidad severa maternas en los establecimientos de salud de la Ciudad en 2013

Victoria Mazzeo, María de las Mercedes Fernández, Susana Ferrin y Jorge C. Vinacur

Introducción

La mortalidad y la morbilidad severa maternas constituyen dos de los problemas más importantes de la salud pública. Representan una cuestión de derechos humanos de las mujeres en edad reproductiva y, al mismo tiempo, reflejan las desigualdades tanto en sus condiciones de vida como en los servicios de salud a los que tienen acceso.

La disminución de la mortalidad materna y de las desigualdades entre grupos poblacionales constituye un compromiso asumido por los países en los Objetivos del Milenio. En cuanto al primer tema, se ha fijado como meta reducir, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna en tres cuartos (Objetivo 5 de las Metas del Milenio). Ahora bien, en relación con los avances en esa meta, cabe destacar que el indicador en cuestión debe utilizarse con mucha cautela puesto que hay factores que afectan su confiabilidad, en especial, el diagnóstico deficiente o el registro incompleto de las causas de muerte.

Se trata, pues, de un subregistro no de la muerte sino de sus causas –es decir, se registra la muerte pero no su condición de materna–. Esta omisión es más importante en poblaciones vulnerables y por situaciones como el aborto –donde se agrega la ilegalidad de la práctica (Mazzeo y Vinacur, 2010).

La morbilidad materna severa es otro problema de salud que hasta el momento no fue suficientemente analizado. Si bien estos estudios no reemplazan ese análisis, pueden producir información complementaria para mejorar la interpretación de las muertes maternas. La información sobre las causas subyacentes y los factores de riesgo de las mismas permitirá la prevención primaria y secundaria, así como organizar los recursos para su mejor atención.

En el año 2013, la Dirección General de Estadísticas y Censos (DGEyC) firmó con el Ministerio de Salud de la Ciudad Buenos Aires un acuerdo de colaboración para la profundización del análisis de la mortalidad materna. Posteriormente, a causa del interés demostrado por la Fundación Panamericana para el Desarrollo (PADF) por los antecedentes en investigación de omisión de la DGEyC y las actividades desarrolladas por el Ministerio de Salud de la Ciudad para la reducción de la morbimortalidad materna, se amplió el estudio. Se adicionó el análisis de la morbilidad materna severa y se incorporaron dos instituciones: la Sociedad de Ginecología y Obstetricia de Buenos Aires (SOGIBA) y el Ministerio de Salud

Victoria Mazzeo es Doctora en Ciencias Sociales (FLACSO), Jefa del Departamento Análisis Demográfico (DGEyC-CABA). E-mail: vmazzeo@estadisticaciudad.gob.ar

María de las Mercedes Fernández es Licenciada en Sociología (UBA), a cargo de Análisis y Difusión del Sistema Estadístico de Salud del Ministerio de Salud de la Nación. E-mail: mfernandez@deis.gov.ar

Susana Ferrin es Médica (UBA), asesora del Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. E-mail: iferrin@buenosaires.gob.ar

Jorge C. Vinacur es Médico (UBA) especialista en Obstetricia, Coordinador de la Comisión de Salud Pública de la Sociedad de Ginecología y Obstetricia de Buenos Aires (SOGIBA). E-mail: sogiba@sogiba.org.ar

de la Nación. El grupo así conformado acordó llevar adelante un estudio colaborativo para cuantificar el nivel de subregistro de las muertes por causa materna y de los casos de morbilidad aguda severa de mujeres en edad reproductiva ocurridos en establecimientos públicos de la Ciudad de Buenos Aires en el año 2013. Se propuso que los avances fueran incorporados al Manual de Prácticas y Procedimientos para mejorar el registro de muertes maternas que publicaría la PADF y que, además, se hiciera una devolución a los servicios de salud involucrados, organizando un taller de difusión de resultados y propuesta de acción.

El estudio comprende la totalidad de las muertes institucionales por causas maternas y de los casos de morbilidad materna atendidos en instituciones públicas de la Ciudad, independientemente del lugar de residencia de las fallecidas o internadas.

El objetivo del informe es dar a conocer una síntesis de los resultados de dicho estudio y, asimismo, mostrar una revisión de la situación de la mortalidad materna en la Argentina y en la Ciudad en los últimos 24 años.

Antecedentes

Existen dos estudios anteriores sobre omisión del registro de causa de muerte en la Ciudad. La metodología utilizada fue similar a la aplicada en el estudio presente. El primero fue realizado por la Dirección de Estadística de Salud y la Dirección Nacional de Maternidad e Infancia del Ministerio de Salud y Acción Social en 1985 (Ministerio de Salud y Acción Social, 1989). Como resultado del cotejo de los Informes Estadísticos de Defunción (IED) con las historias clínicas, además de las 40 muertes maternas registradas como tales, se encontraron otras 25 muertes que calificaban como maternas; es decir que el subregistro de muertes maternas alcanzó el 38,5%. El subregistro

según causa clínica fue menor en los casos de aborto y más alto en las sepsis y en las muertes por causas cardiovasculares, por hipertensión y por hemorragia (Mazzeo y Vinacur, 2010).

El segundo estudio fue realizado en 2008. La omisión de causa materna fue del 70%: además de las 10 muertes maternas registradas como tales, se hallaron otras 23 muertes cuya causa básica fue una complicación del embarazo, parto o puerperio. Pese a que en los IED se introdujeron preguntas para mejorar la captación de la información, el nivel del subregistro casi se duplicó entre 1985 y 2008. Es importante señalar que, a diferencia de 1985, en 2008 la omisión de causas maternas fue muy importante en las causas directas, y en especial, en las complicaciones del aborto. Las frecuencias más altas de causas directas correspondieron a abortos, eclampsia y tromboembolismo pulmonar que son, asimismo, las causas con mayor subregistro. Del mismo modo, entre las causas obstétricas indirectas, las cardiopatías y el VIH/SIDA fueron las más frecuentes y de mayor subregistro (Mazzeo y Vinacur, 2010).

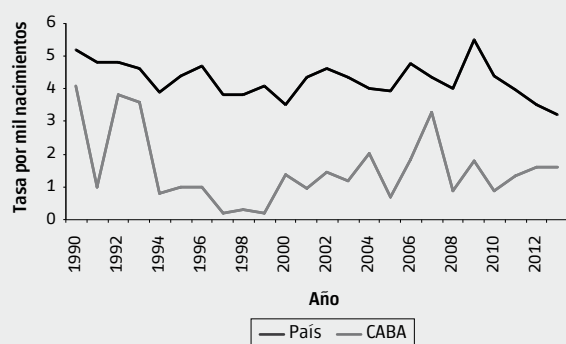
Otro de los antecedentes que se tuvieron en cuenta fueron las actividades desarrolladas por el Ministerio de Salud de la Ciudad para la reducción de la morbimortalidad materna. En efecto, dicho ministerio implementó acciones y estrategias para facilitar la disminución de la morbimortalidad materna e infantil. Entre ellas se encuentran: la creación de la Comisión Materno Infantil a nivel ministerial; la implementación de la regionalización perinatólogica; el acceso a la atención de las embarazadas desde la etapa prenatal y en el parto; la capacitación en el manejo de emergencia obstétrica y la aplicación de guías o normas de atención; la promoción de la salud sexual y reproductiva y de la lactancia materna; y el fortalecimiento de los equipos de salud materna y perinatal.

La mortalidad materna en la Argentina y en la Ciudad

La tendencia de la tasa de mortalidad materna, en el período 1990-2013, mostró fuertes oscilaciones, tanto a nivel país como en la Ciudad. No obstante, el nivel de Buenos Aires siempre estuvo por debajo (Gráfico 1): en 1990, la Ciudad registró 4,1 muertes maternas por diez mil nacimientos y en 2013 se redujo a más de la mitad (1,6 por diez mil), mientras que para el total país los valores fueron 5,2 por diez mil y 3,2 por diez mil, respectivamente.

Gráfico 1

Tasa de mortalidad materna (por diez mil nacimientos). Total país y Ciudad de Buenos Aires. Años 1990/2012

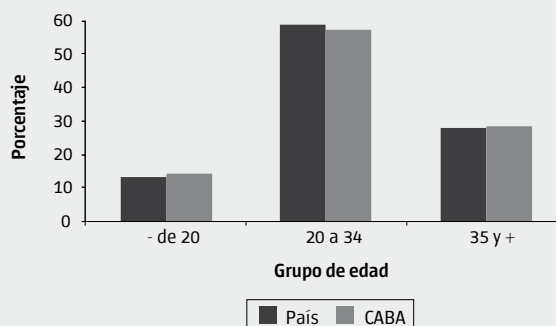


Fuente: Elaboración propia sobre la base de Ministerio de Salud, 2014, Serie 5, núm. 57.

La estructura de la mortalidad materna por grupo de edad es similar para el total país y la Ciudad (Gráfico 2). En comparación, se observa que en la Ciudad están sobrerrepresentados los grupos menores de 20 años y 35 años y más y subrepresentado el grupo 20-34 años.

Gráfico 2

Estructura de la mortalidad materna por grupo de edad. Total país y Ciudad de Buenos Aires. Años 1990/2013

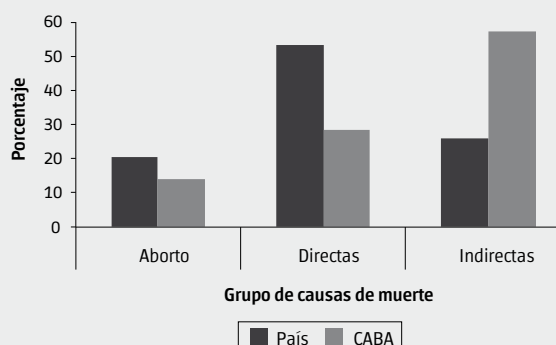


Fuente: Elaboración propia sobre la base de Ministerio de Salud, 2014, Serie 5, núm. 57.

Cuando se observa la estructura por grupo de causas de muerte (Gráfico 3), se destaca que, para el total país, hay una mayor contribución del aborto y de las causas directas y que, en la Ciudad, se da una mayor participación de las causas indirectas que complican el embarazo, tales como las enfermedades relativas a deficiencias del sistema inmune o las relacionadas con el aparato circulatorio, respiratorio o digestivo.

Gráfico 3

Estructura de la mortalidad materna por grupo de causas de muerte. Total país y Ciudad de Buenos Aires. Años 1990/2013

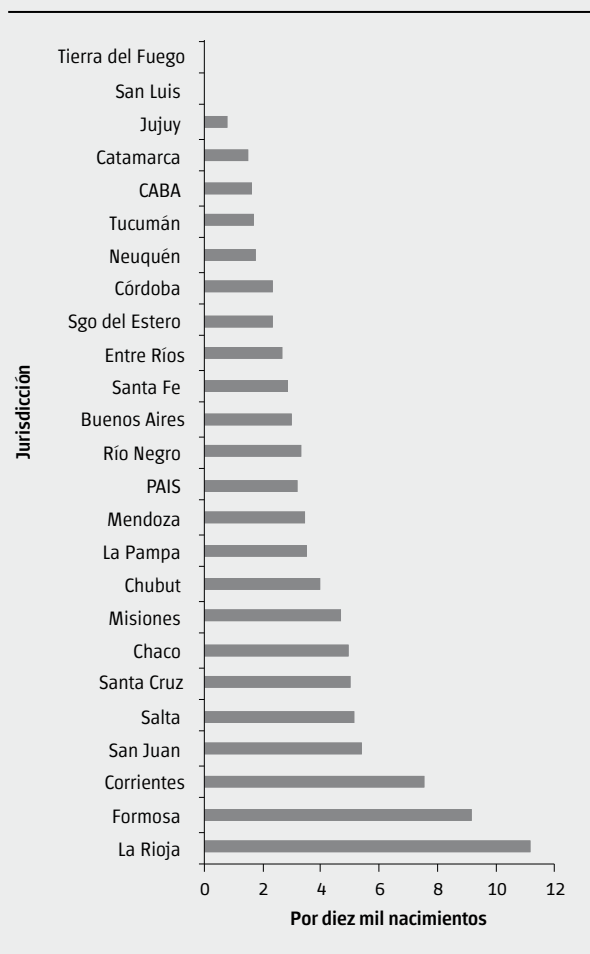


Fuente: Elaboración propia sobre la base de Ministerio de Salud, 2014, Serie 5, núm. 57.

En cuanto a la ubicación de la Ciudad en el país, de acuerdo con su mortalidad materna, en 2013, se situó entre las cinco jurisdicciones con menor nivel (Gráfico 4), luego de Tierra del Fuego, San Luis, Jujuy y Catamarca.

Gráfico 4

Tasa de mortalidad materna (por diez mil nacimientos) según jurisdicción de residencia habitual. Argentina. Año 2013



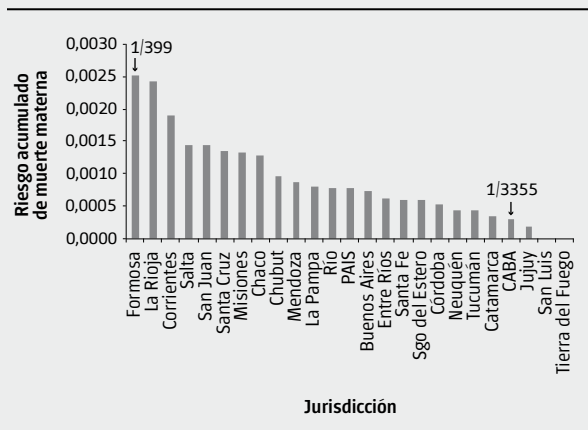
Fuente: Elaboración propia sobre la base de Ministerio de Salud, 2014, Serie 5, núm. 57.

La tasa de mortalidad materna mide tanto el riesgo obstétrico como la frecuencia con la que las mujeres están expuestas a ese riesgo. Ahora bien, existe otro indicador, sugerido por la OMS, que se utiliza a nivel internacional y que también

en el país lo calcula el Sistema Estadístico de Salud (Ministerio de Salud y Medio Ambiente, 2004). Este indicador, llamado riesgo acumulado de muerte materna o riesgo de defunción materna durante todo el ciclo de vida, tiene en cuenta la probabilidad de fallecer como resultado del embarazo acumulada a lo largo de los años fecundos de la mujer.¹ Calculando su valor inverso, se expresa como “una defunción materna cada x nacimientos”. Para 2013, el valor del total país fue de una muerte materna cada 1.297 nacimientos y para la Ciudad de una muerte cada 3.355 nacimientos (Gráfico 5). Es un indicador que muestra las inequidades sociales. En tal sentido, puede servir, como ejemplo, lo siguiente: las mujeres de Formosa (1 muerte materna cada 399 nacimientos) tienen 8,5 veces más riesgo de morir por causas relacionadas con el embarazo, parto y puerperio a lo largo de su vida que las mujeres que viven en la Ciudad de Buenos Aires.

Gráfico 5

Riesgo acumulado de muerte materna según jurisdicción de residencia habitual. Argentina. Año 2013



Fuente: Elaboración propia sobre la base de Ministerio de Salud, 2014, Serie 5, núm. 57.

¹ Este indicador se calcula sobre la base de la siguiente fórmula: RAMM = 1 - (1 - TMM)^{TGF}.

Algunas cuestiones metodológicas

Definiciones operativas y clasificaciones

La definición y la clasificación de muerte materna utilizadas en este estudio son las establecidas por la Organización Mundial de la Salud en la Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10, OPS-OMS, 1995).

La muerte materna se define como “la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración o el sitio del embarazo, debido a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención pero no por causas accidentales o incidentales”. Se distinguen tres grandes grupos de muertes maternas:

a) *Muertes obstétricas directas*: son las que resultan de complicaciones obstétricas del embarazo, parto o puerperio; de intervenciones, de omisiones, de tratamiento incorrecto; o de una cadena de acontecimientos originada en cualquiera de las circunstancias anteriores. Las causas obstétricas directas son: enfermedad hipertensiva del embarazo; embarazo terminado en aborto; hemorragia anteparto y posparto; sepsis; complicaciones anestésicas; y otras causas directas.

b) *Muertes obstétricas indirectas*: son las que resultan de enfermedades que existían previamente o enfermedades que se desarrollan durante el embarazo y que no se deben a causas obstétricas directas pero que son agravadas por los efectos fisiológicos del embarazo. Las causas obstétricas indirectas son: tumores malignos; enfermedades cardíacas; enfermedades endocrinas y hematológicas; enfermedades gastrointestinales; enfermedades del sistema nervioso central; enfermedades respiratorias; enfermedades genitales y renales; y enfermedades inmunológicas.

c) *Muertes maternas tardías*: incluyen las muertes de causas directas o indirectas que ocurren después de los 42 días pero antes del año de la terminación del embarazo.

Asimismo, se seleccionaron las defunciones en las que no hubiera mención de eventos reproductivos pero en las que la certificación de causa de muerte comprendiera alguna de las causas consideradas trazadoras² de complicaciones del embarazo parto o puerperio.

La morbilidad materna severa es un problema de salud que interesa en forma creciente. Las causas de este renovado interés son varias: la mortalidad materna en la actualidad resulta difícil de disminuir; la morbilidad materna severa aguda es el paso previo en el continuo de eventos que van de la salud a la muerte; su frecuencia es mucho más elevada que la de la mortalidad materna –la literatura médica consigna que por cada muerte materna hay, como mínimo, 20 o 30 mujeres con morbilidad severa aguda–; y, finalmente, es un estimador de salud justificable porque se asocia con discapacidad y secuelas a largo plazo.

La OMS prefiere el uso del término “*maternal near miss*” y lo define como una mujer que estuvo próxima a morir pero sobrevivió a una complicación durante el embarazo, el nacimiento o dentro de los 42 días de terminada la gestación (OPS-OMS, 1995).

² Ellas son: septicemia estreptocócica; otras septicemias; anemias por deficiencia de hierro y poshemorrágica aguda; coagulación intravascular diseminada; trombocitopenias y afecciones hemorrágicas; depleción de volumen; otros trastornos de los líquidos, electrolitos y equilibrio ácido-básico; hipofunción adrenocortical consecutiva a procedimientos; trastorno endocrino y metabólico consecutivo a procedimientos; ciertas lesiones cerebrales; enfermedades hipertensivas; embolia pulmonar; paro cardíaco, otras arritmias cardíacas e insuficiencia cardíaca; enfermedades cerebrovasculares; bronconeumonías e insuficiencia respiratoria; peritonitis; insuficiencia hepática aguda; insuficiencia renal aguda; enfermedades inflamatorias de los órganos pélvicos; hemorragias uterinas o vaginales anormales; abdomen agudo; coma no especificado; convulsiones; fiebre de origen no especificado; y choque hipovolémico.

Hasta el momento, la mortalidad y la morbilidad maternas se estudiaban como entidades separadas, pero de esa forma se perdían las posibilidades de detectar otros problemas en el cuidado obstétrico. La relación entre ambas fue descripta como un continuo de eventos adversos durante la gestación, parto y puerperio (Geller, Rosemberg y Cox, 2004).

Universo en estudio

A partir de la base de datos de muertes totales ocurridas y registradas en la Ciudad en 2013, se conformó una nueva base integrada por 1.266 muertes de mujeres de 15 a 49 años. La clasificación de estas defunciones según grupo de edad, local de ocurrencia y grupos de causas de muerte figura en la Tabla 1 del Anexo. Se destaca que se registraron en la Ciudad 15 muertes por causas maternas, de las cuales se incluyeron en el estudio 14 que ocurrieron en instituciones.

Para el estudio de la morbilidad materna el universo inicial se conformó con 51.201 egresos de mujeres de 15 a 49 años de hospitales públicos de la Ciudad en 2012. La clasificación de los mismos según grupo de edad, residencia habitual y grupos diagnósticos, figura en la Tabla 2 del Anexo.

Actividades desarrolladas

Para el estudio del subregistro de causas de mortalidad materna, se seleccionó un conjunto de defunciones a analizar en las instituciones a través de la documentación medico-administrativa disponible, de acuerdo con los siguientes criterios:

a) Muertes maternas certificadas como tales.

b) Muertes no certificadas como causas maternas pero con cualquier mención de embarazo, parto o puerperio en el contenido del IED (por ejemplo, en la sección “causas asociadas o contribuyentes” o “embarazo en el último año”).

c) Muertes certificadas con una causa de defunción considerada mal definida o inespecífica o sospechosa de encubrir una causa materna (por ejemplo, sepsis, shock hipovolémico, peritonitis, abdomen agudo, etc.).

El universo comprendió 276 muertes, de las cuales 14 eran maternas (Cuadro 1). Se observa que, en su mayoría, ocurrieron en establecimientos públicos y que cerca de la mitad corresponde a mujeres entre los 25 a 34 años.

El trabajo de campo para identificar la omisión de causas maternas requirió el contacto con los directores de las instituciones y jefes de servicios de obstetricia para poder acceder a las historias clínicas de las muertes seleccionadas.

Con respecto a la morbilidad materna severa, se requiere el acceso a información de cada caso para su identificación y evaluación en forma uniforme así como para la definición consistente. Esto implica montar un mecanismo prospectivo cuya implementación puede resultar difícil y costosa. En esta primera exploración, se realizó la evaluación de los egresos de los hospitales públicos dependientes del gobierno de la Ciudad.

Cuadro 1

Defunciones de mujeres de 15 a 49 años ocurridas y registradas en la Ciudad, seleccionadas, revisadas y clasificadas según grupo de edad, local de ocurrencia y grupos de causas de muerte. Ciudad de Buenos Aires. Año 2013

| Local de ocurrencia y causas de muerte | Grupo de edad (años) | | | | |
|---|----------------------|-----------|------------|-----------|-----------|
| | Total | 15 a 24 | 25 a 34 | 35 a 44 | 45 y más |
| Total | 276 | 58 | 121 | 67 | 30 |
| <i>Establecimiento público</i> | 183 | 37 | 84 | 42 | 20 |
| Sepsis | 13 | 2 | 7 | 3 | 1 |
| Sida | 82 | 15 | 41 | 18 | 8 |
| Enfermedades sistema genitourinario | 5 | 2 | 2 | 1 | - |
| Maternas | 8 | 3 | 3 | - | 2 |
| Enfermedades sistema nervioso | 6 | 4 | 2 | - | - |
| Enfermedades sistema circulatorio | 30 | 5 | 14 | 10 | 1 |
| Enfermedades sistema digestivo | 8 | 1 | 4 | 2 | 1 |
| Enfermedades sistema respiratorio | 29 | 3 | 11 | 8 | 7 |
| Otras | 2 | 2 | - | - | - |
| <i>Establecimiento no público</i> | 93 | 21 | 37 | 25 | 10 |
| Sepsis | 10 | 3 | 5 | 1 | 1 |
| Sida | 9 | 1 | 7 | 1 | - |
| Enfermedades sistema genitourinario | 7 | 2 | 1 | 3 | 1 |
| Maternas | 6 | 4 | - | 1 | 1 |
| Enfermedades sistema nervioso | 1 | - | 1 | - | - |
| Enfermedades sistema circulatorio | 28 | 5 | 9 | 11 | 3 |
| Enfermedades sistema digestivo | 6 | - | 4 | 1 | 1 |
| Enfermedades sistema respiratorio | 26 | 6 | 10 | 7 | 3 |

Fuente: Sistema Estadístico de Salud, Subsistema Estadísticas Vitales, Base mortalidad total 2013.

En el estudio se incluyeron los egresos con diagnóstico obstétrico de las unidades de cuidados intensivos y los egresos de servicios de ginecología y de obstetricia con diagnósticos obstétricos o relacionados que tuvieron una internación de 10 días o mayor. Se excluyeron todos los casos cuyos diagnósticos no eran obstétricos ni relacionados, aun cuando se trataba de egresos de servicios de obstetricia, así como los diagnósticos Z debido a su inespecificidad (excepto Z21). Se utilizaron dos criterios: el ingreso a terapia intensiva (criterio de intervención única) y la duración de la internación de 10 días o mayor en mujeres que presentaron complicaciones durante el embarazo, parto o puerperio hasta los 42 días de terminado el embarazo. No se especifica cuántas pacientes obstétricas requirieron cuidados intensivos y regresaron al área obstétrica antes de su egreso institucional.

Se seleccionaron 37.022 egresos ocurridos en cualquiera de los tres servicios (obstetricia, ginecología y terapia intensiva) y se establecieron diez categorías de grupos diagnósticos de morbilidad materna (Cuadro 2). El promedio de estadía o duración de la internación fue de 4 días.

El 47% del total de los egresos obstétricos fue parto vaginal, y ninguna mujer requirió cuidados intensivos. Las restantes 19.631 mujeres tuvieron diagnóstico de alguna condición obstétrica anormal. Por otro lado, del total de egresos obstétricos, 1.754 mujeres (4,7%) tuvieron 10 días y más de internación, representando a mujeres con condiciones de gravedad moderada a severa. Además, otras 69 mujeres (0,2%) egresaron directamente de cuidados intensivos, sumando 1.823 el total de casos de morbilidad materna severa.

A continuación se señalan algunos de los problemas encontrados en el análisis de la base de egresos hospitalarios:

Cuadro 2

Egresos obstétricos seleccionados según grupos diagnósticos y egresos de cuidados intensivos y de 10 días y más de internación. Ciudad de Buenos Aires. Año 2012

| Grupos diagnósticos | Total egresos | Subtotal cuidados intensivos | Subtotal 10 días y + de internación |
|--|---------------|------------------------------|-------------------------------------|
| Total | 37.022 | 69 | 1.754 |
| Infecciones | 827 | 35 | 85 |
| Hipertensión y afecciones cardiovasculares | 883 | 4 | 117 |
| Afecciones endocrinas, hepáticas o nutricionales | 1.075 | 1 | 185 |
| Afecciones secundarias a condición fetal y líquido amniótico | 1.400 | 1 | 147 |
| Nacimientos pretérmino | 2.936 | 8 | 218 |
| Cesáreas | 6.282 | 11 | 501 |
| Partos vaginales | 17.391 | - | 347 |
| Complicaciones médicas y de anestesia | 244 | 2 | 9 |
| Hemorragias | 1.390 | 4 | 114 |
| Abortos | 4.594 | 3 | 31 |

Fuente: Sistema Estadístico de Salud, Subsistema de Estadísticas de Servicios de Salud, Base preliminar de egresos 2012.

- Problemas en la asignación del diagnóstico: muchas hemorragias y otras complicaciones posparto o cesárea están dentro de los códigos de “parto único espontáneo” o “cesárea”, que explican la forma de terminación pero no la patología que subyace a la larga duración de internación que tuvieron algunas pacientes en estas categorías.
- Problemas en el diagnóstico: en ausencia de criterios diagnósticos bien definidos, la misma condición recibió diferentes nombres o se agrupó en diferentes categorías.
- Varios casos tuvieron diagnósticos inespecíficos y fueron excluidos.

- Dificultades para elegir la patología materna: por ejemplo, partos pretérmino, trabajo de parto pretérmino o falso trabajo de parto en algunos casos estarían reflejando el diagnóstico al ingreso y en otros un resultado (con frecuencia asociado a patología), sin que figure la morbilidad subyacente.

Principales hallazgos

En la omisión de muertes de causas maternas

La Ciudad de Buenos Aires reúne los establecimientos de más alta complejidad dependientes del subsector público, la seguridad social y los sistemas privados de salud. Según la residencia habitual, en 2013, más de la mitad de las muertes de mujeres de 15 a 49 años ocurridas y registradas en la Ciudad (1.266) corresponden a residentes en la Provincia de Buenos Aires que se trasladaron para ser atendidas en los establecimientos de salud de la Ciudad.

Las diferencias más importantes en la estructura de las causas de muerte se concentran en tres grupos: para las mujeres residentes en la Ciudad las tres causas principales de mortalidad son los tumores malignos, las violencias y las enfermedades del sistema circulatorio, mientras que para las mujeres residentes en la provincia son los tumores malignos y el SIDA.

La revisión de las historias clínicas permitió detectar 24 muertes maternas ocurridas y registradas en la Ciudad en el año 2013 (Cuadro 3). De ellas, 14 estaban

registradas como tales y 10 estaban subregistradas –8 eran muertes obstétricas y 2 muertes maternas tardías–. Dicho de otra forma, 4 de cada 10 muertes maternas estaban subregistradas.

Considerando la edad, se encontró solo un caso de menor de 20 años ya registrado, 15 casos de mujeres de entre 20 y 34 años (9 registrados y 6 no registrados) y 8 muertes de mujeres de 35 años y más (4 registrados y 4 no registrados). Es decir, la mayoría de las muertes ocurrieron en las edades centrales de la maternidad.

Según el lugar de ocurrencia, 14 muertes sobrevinieron en establecimientos públicos y las 10 restantes en instituciones de la seguridad social y privados. De acuerdo con la residencia habitual de la fallecida, 11 muertes eran de residentes en la Ciudad y 13 de residentes en la provincia.

La estructura de causas de muerte evidencia que las directas tienen similar frecuencia que las indirectas. En el caso de las no registradas, para las fallecidas de 20 a 34 años la mayoría corresponde a muertes maternas indirectas y para las muertes de 35 años y más corresponde a las directas.

La evidencia empírica muestra que las causas directas más frecuentes de mortalidad materna fueron los trastornos hipertensivos, las sepsis y las hemorragias. Entre las muertes por causas indirectas, los valores más altos refieren a las muertes por complicaciones de enfermedades neoplásicas e infecciosas. A diferencia de los estudios anteriores, el embarazo terminado en aborto disminuyó su frecuencia y no presenta muertes subregistradas.

Cuadro 3

Muertes maternas institucionales registradas y subregistradas según grupo de causas de muerte y grupo de edad de las fallecidas. Ciudad de Buenos Aires. Año 2013

| Grupo de causas de muerte | Grupo de edad (años) | | | | | | |
|---|----------------------|-------------|---------------|------------|---------------|------------|---------------|
| | Total | Menor de 20 | | 20 a 34 | | 35 y más | |
| | | Registrada | No registrada | Registrada | No registrada | Registrada | No registrada |
| Total | 24 | 1 | - | 9 | 6 | 4 | 4 |
| <i>Embarazo terminado en aborto</i> | 1 | - | - | 1 | - | - | - |
| Causas obstétricas directas | 11 | - | - | 4 | 2 | 2 | 3 |
| Trastornos hipertensivos, edema y proteinuria en el embarazo, parto y puerperio | 5 | - | - | 2 | 1 | - | 2 |
| Placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta y hemorragias | 2 | - | - | 1 | - | 1 | - |
| Sepsis y otras complicaciones principalmente relacionadas con el puerperio | 3 | - | - | 1 | 1 | - | 1 |
| Otras causas directas | 1 | - | - | - | - | 1 | - |
| <i>Causas obstétricas indirectas</i> | 12 | 1 | - | 4 | 4 | 2 | 1 |
| Enfermedades por virus de la inmunodeficiencia humana | 1 | - | - | - | 1 | - | - |
| Enfermedades infecciosas | 4 | 1 | - | 2 | 1 | - | - |
| Enfermedades neoplásicas y genitourinarias | 7 | - | - | 2 | 2 | 2 | 1 |

Fuente: Elaboración propia sobre la base del relevamiento realizado.

En la exploración de la morbilidad severa

El subsector público dependiente del gobierno de la Ciudad tiene una amplia tradición de atención a la población sin cobertura de la seguridad social o de sistemas privados de salud. En los egresos hospitalarios de 2012, como característica más destacable, se observa que el 52% de las internaciones de mujeres en edad reproductiva corresponde a residentes en la Ciudad y el resto a la población proveniente de los partidos del Gran Buenos Aires. Cada año, nacen y se registran en la Ciudad algo más de 82.000 nacidos vivos: la mitad corresponde a madres residentes en la Ciudad y algo menos de 40.000 a madres residentes en la Provincia de Buenos Aires.

A partir del procesamiento de la base de egresos obstétricos hospitalarios, se calcularon los siguientes indicadores: proporción de egresos por grupos diagnósticos sobre el total de egresos;³ proporción de morbilidad materna severa⁴ por grupo diagnóstico en el total de la morbilidad materna severa; y cociente de morbilidad proporcional⁵ –que representa la proporción de morbilidad materna severa dentro del grupo diagnóstico (Cuadro 4).

³ Distribución porcentual por grupos diagnósticos de los 37.022 egresos obstétricos.

⁴ Distribución porcentual por grupos diagnósticos de los 1.823 casos de morbilidad materna severa.

⁵ Cociente entre el total de casos de morbilidad materna severa y egresos obstétricos según grupo diagnóstico.

Cuadro 4

Distribución porcentual de los egresos obstétricos e indicadores de morbilidad obstétrica por grupos diagnósticos. Ciudad de Buenos Aires. Año 2012

| Grupos diagnósticos | Porcentaje sobre total egresos | Porcentaje de morbilidad materna severa | Cociente de morbilidad proporcional |
|--|--------------------------------|---|-------------------------------------|
| Total | 100,0 | 100,0 | 4,9 |
| <i>Infecciones</i> | 2,2 | 6,6 | 14,5 |
| Hipertensión y afecciones cardiovasculares | 2,4 | 6,6 | 13,7 |
| Afecciones endocrinas, hepáticas o nutricionales | 2,9 | 10,2 | 17,3 |
| Afecciones secundarias a condición fetal y líquido amniótico | 3,8 | 8,1 | 10,6 |
| Nacimientos pretérmino | 7,9 | 12,4 | 7,8 |
| Cesáreas | 17,0 | 28,1 | 8,2 |
| Partos vaginales | 47,0 | 19,0 | 2,0 |
| Complicaciones por atención médica y de anestesia | 0,7 | 0,6 | 4,5 |
| Hemorragias | 3,7 | 6,5 | 8,5 |
| Abortos | 12,4 | 1,9 | 0,7 |

Fuente: Sistema Estadístico de Salud, Subsistema de Estadísticas de Servicios de Salud, Base preliminar de egresos 2012.

En 2012, la morbilidad materna severa en la Ciudad fue del 4,9% de los egresos obstétricos. Ahora bien, el comportamiento es diferente entre los grupos diagnósticos, a saber:

- Infecciones: representan el 2,2% de los egresos obstétricos y el 6,6% de la morbilidad materna severa. La proporción de morbilidad severa entre las infectadas es del 14,5 por ciento.
- Hipertensión y afecciones cardiovasculares: concentran el 2,4% de los egresos obstétricos y el 6,6% de la morbilidad materna. La proporción de morbilidad severa entre las hipertensas y con patología cardiovascular fue del 13,7 por ciento.
- Afecciones endocrinas, hepáticas o nutricionales: son el 2,9% de los egresos obstétricos y el 10,2% de la morbilidad materna. El cociente de morbilidad proporcional fue del 17,3 por ciento.

- Afecciones secundarias a condiciones fetales, placentarias o del líquido amniótico: es un grupo muy heterogéneo que representa al 3,8% de los egresos y al 8,1% de la morbilidad materna severa. Incluye: embarazos múltiples; problemas fetales (posición, desproporción, hipoxia, muerte, etc.) asociados a patología materna; anormalidades placentarias y del líquido amniótico. La morbilidad materna severa fue del 10,6%; las mayores contribuciones fueron los embarazos múltiples y los problemas placentarios y del líquido amniótico.
- Nacimientos pretérmino: este grupo también es heterogéneo. Representa el 7,9% de los egresos obstétricos y el 12,4% de la morbilidad materna severa. La morbilidad materna severa fue del 7,8%, magnitud que refleja la patología materna no diagnosticada que subyace en los partos prematuros.

- **Cesáreas:** este diagnóstico aparece en el 17% de los egresos e incluye al 28,1% de la morbilidad materna: es decir, una de cada tres a cuatro mujeres con morbilidad materna tiene el diagnóstico de cesárea sin ninguna otra especificación. La morbilidad severa fue del 8,2%. Esta frecuencia es cuatro veces mayor que la de los partos vaginales.
- **Partos vaginales:** están presentes en el 47% de los egresos obstétricos e incluyen al 19% de la morbilidad materna. La morbilidad materna severa es del 2%, y puede suponerse que está relacionada con daños perineales maternos o desgarros de tercer o cuarto grado. Se destaca la menor morbilidad severa que tiene la vía vaginal con respecto a las cesáreas.
- **Complicaciones por atención médica y de anestesia:** representan el 0,7% de los egresos obstétricos y el 0,6% de la morbilidad materna. La morbilidad materna severa es del 4,5% y se relaciona con: problemas de suturas; reacciones medicamentosas; complicaciones de intubación, con catéteres o sondas; hematomas en sitios de punción; etcétera.
- **Hemorragias:** concentran el 12,4% de la morbilidad obstétrica y el 6,5% de la morbilidad materna. La morbilidad materna severa es del 8,5%, es decir que, de todas las hemorragias, solo el 8,5% se consideró severa para los criterios utilizados en este análisis. La mayoría de las hemorragias se relacionó con desgarros y otros traumas obstétricos y pelvianos.
- **Abortos:** abarcan el 12,4% de los egresos obstétricos y el 1,9% de la morbilidad materna severa. Solo el 0,7% de los casos se consideró morbilidad materna severa. En este capítulo se incluyen los embarazos ectópicos y las molas.

Reflexiones finales

La cuantificación de índices de salud negativos (muertes y discapacidades innecesarias o inoportunas) permite reconocer problemas. Son señales de peligro, eventos centinela de salud, que indican lo que se necesita mejorar en la calidad del cuidado. De manera general, se considera que una proporción importante de muertes maternas es potencialmente prevenible y que, por ello, deben investigarse para establecer donde está la falla en el sistema de salud en lo que hace a su capacidad de prevención y de actuar frente a la ocurrencia.

La relación entre mortalidad y morbilidad severa maternas es cada vez más importante. En la Argentina y también en la Ciudad de Buenos Aires, desde hace años no hay un descenso significativo de la mortalidad materna y no se dispone de información consistente sobre la morbilidad materna severa.

Si bien los estudios de *“maternal near miss”* no reemplazan al análisis de mortalidad materna, pueden producir información complementaria que permita mejorar la interpretación de las observaciones de muertes maternas. Lo que resulta del mayor interés es que la conducta médica al inicio de la complicación severa determina la progresión del daño que puede terminar en muerte. La información sobre las causas subyacentes y los factores de riesgo de las mismas permitirá hacer prevención primaria y secundaria, así como organizar los recursos para su mejor atención.

Se destaca que este constituye el primer estudio retrospectivo de morbilidad en el país y que sus resultados deben considerarse una aproximación al problema, dado que se basa en información secundaria ya relevada.

Como resultado importante, se señala la necesidad de que, tanto conceptualmente como operativamente, se determinen los criterios, la estandarización y la definición de morbilidad materna extrema como indicador de calidad y como clave para reducir la morbimortalidad materna. La admisión en la Unidad de Cuidados Intensivos, el criterio más usado en los países desarrollados, varía según los protocolos de manejo.

El involucramiento de la Dirección General de Estadística y Censos de la CABA, del Ministerio de Salud de Nación y de la CABA y de SOGIBA como sociedad científica, participando en el proceso de búsqueda, acceso a la información y elaboración del informe final, fue fundamental para el desarrollo de las actividades incluidas en el acuerdo de colaboración. Asimismo, la coordinación de las reuniones dedicadas a este trabajo se vio como una oportunidad de colaboración y facilitó la dinámica entre distintos grupos para trabajar el tema de morbimortalidad materna.

Bibliografía

Geller, S. E., D. Rosemberg y S. Cox (2004), "A scoring system identified near miss maternal morbidity during pregnancy", en *Journal of Clinical Epidemiology*, 57, pp. 716-720.

Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Ministerio de Salud, Dirección General Adjunta de Programas Centrales, Programa Materno Infantil (2009), *Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad de Mujeres en Edad Fértil (Mortalidad Materna). Hospitales del GCABA, Año 2008*. [Inédito].

Mazzeo, V. y J. C. Vinacur (2010), "La omisión del registro de la causa materna en los establecimientos de salud de la Ciudad de Buenos Aires en el año 2008", en revista *Población de Buenos Aires*, año 7, núm. 12, Buenos Aires, DGEyC, pp. 59-65.

Ministerio de Salud, Dirección Nacional de Maternidad e Infancia, Dirección de Estadísticas de Salud (1987), *La Mortalidad Materna en Argentina*, Buenos Aires, Serie 8, núm. 4.

Ministerio de Salud y Acción Social, Dirección Nacional de Maternidad e Infancia, Dirección de Estadísticas de Salud (1989), *Estudio de la mortalidad materna: análisis del subregistro de las muertes maternas en Capital Federal (1985)*, Buenos Aires, Ministerio de Salud y Acción Social.

Ministerio de Salud, Secretaría de Políticas, Regulación e Institutos, Dirección de Estadísticas e Información de Salud, Sistema Estadístico de Salud (2014), *Estadísticas Vitales*, Buenos Aires, Serie 5, núm. 57.

Ministerio de Salud y Medio Ambiente, Dirección Nacional de Salud Materno Infantil (2004), *Morbimortalidad Materna y Mortalidad Infantil en la República Argentina. Estrategias para mejorar el desempeño de los servicios de salud materno infantil*. Buenos Aires, Ministerio de Salud y Medio Ambiente.

Organización Panamericana de la Salud-Organización Mundial de la Salud (OPS-OMS) (1995), *Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud*. 10° rev., 1992, Washington DC, OPS, Publicación Científica núm. 554.

Anexo

Tabla 1

Defunciones de mujeres de 15 a 49 años ocurridas y registradas en la Ciudad según grupo de edad, local de ocurrencia y grupos de causas de muerte. Ciudad de Buenos Aires. Año 2013

| Local de ocurrencia y grupos de causas de muerte | Grupo de edad (años) | | | | |
|---|----------------------|------------|------------|------------|------------|
| | Total | 15 a 24 | 25 a 34 | 35 a 44 | 45 y más |
| Total | 1.266 | 149 | 269 | 489 | 359 |
| <i>Establecimiento público</i> | 638 | 86 | 136 | 241 | 175 |
| Tumores | 287 | 28 | 52 | 110 | 97 |
| SIDA | 82 | 8 | 15 | 41 | 18 |
| Enfermedades sistema circulatorio | 50 | 3 | 8 | 21 | 18 |
| Violencias | 42 | 14 | 13 | 5 | 10 |
| Enfermedades sistema respiratorio | 40 | 8 | 7 | 17 | 8 |
| Enfermedades sistema digestivo | 30 | 2 | 5 | 15 | 8 |
| Enfermedades sistema nervioso | 20 | 5 | 8 | 6 | 1 |
| Enfermedades sistema genitourinario | 14 | 1 | 3 | 6 | 4 |
| Sepsis | 13 | 1 | 2 | 7 | 3 |
| Maternas | 8 | 2 | 3 | 3 | - |
| Otras causas | 52 | 14 | 20 | 10 | 8 |
| <i>Establecimiento no público</i> | 477 | 43 | 89 | 201 | 144 |
| Tumores | 276 | 10 | 43 | 128 | 95 |
| Enfermedades sistema circulatorio | 46 | 4 | 6 | 18 | 18 |
| Enfermedades sistema respiratorio | 35 | 6 | 9 | 11 | 9 |
| Enfermedades sistema digestivo | 19 | 1 | 3 | 11 | 4 |
| Violencias | 17 | 2 | 5 | 7 | 3 |
| Enfermedades sistema genitourinario | 12 | 3 | 3 | 2 | 4 |
| Sepsis | 10 | 1 | 3 | 5 | 1 |
| Enfermedades sistema nervioso | 10 | 4 | 4 | 1 | 1 |
| SIDA | 9 | - | 1 | 7 | 1 |
| Maternas | 6 | 1 | 4 | - | 1 |
| Otras causas | 37 | 11 | 8 | 11 | 7 |
| <i>No institucionales</i> | 151 | 20 | 44 | 47 | 40 |
| Violencias | 61 | 15 | 22 | 18 | 6 |
| Enfermedades sistema circulatorio | 30 | 1 | 5 | 10 | 14 |
| Tumores | 27 | - | 3 | 11 | 13 |
| Enfermedades sistema digestivo | 2 | - | - | - | 2 |
| Enfermedades sistema respiratorio | 12 | 2 | 4 | 3 | 3 |
| Enfermedades sistema nervioso | 8 | - | 6 | 1 | 1 |
| Enfermedades sistema genitourinario | 2 | - | 1 | 1 | - |
| SIDA | 1 | - | - | 1 | - |
| Maternas | 1 | - | - | 1 | - |
| Otras causas | 7 | 2 | 3 | 1 | 1 |

Fuente: Sistema Estadístico de Salud, Subsistema Estadísticas Vitales, Base mortalidad total 2013.

Tabla 2

Egresos de mujeres de 15 a 49 años de hospitales públicos de la Ciudad según grupo de edad, residencia habitual y grupos diagnósticos. Ciudad de Buenos Aires. Año 2012

| Residencia habitual y grupos diagnósticos | Grupo de edad (años) | | | |
|--|----------------------|--------------|---------------|---------------|
| | Total | < 20 | 20 a 34 | 35 y más |
| Total | 51.201 | 6.293 | 32.542 | 12.366 |
| Residentes en la Ciudad de Buenos Aires | | | | |
| Total | 26.684 | 3.117 | 17.125 | 6.442 |
| Embarazo parto y puerperio | 19.402 | 2.507 | 13.988 | 2.907 |
| Enfermedades sistema digestivo | 1.534 | 119 | 728 | 687 |
| Neoplasias | 1.068 | 28 | 285 | 755 |
| Enfermedades sistema genitourinario | 1.074 | 57 | 483 | 534 |
| Violencias | 766 | 114 | 364 | 288 |
| Enfermedades sistema respiratorio | 348 | 58 | 144 | 146 |
| Síntomas y afecciones mal definidas | 362 | 46 | 160 | 156 |
| Enfermedades sistema circulatorio | 262 | 10 | 82 | 170 |
| Trastornos mentales | 348 | 34 | 173 | 141 |
| Enfermedades osteomusculares | 179 | 14 | 68 | 97 |
| Infec. de la piel y tejido subcutáneo | 141 | 13 | 72 | 56 |
| Enfermedad por VIH | 132 | 10 | 49 | 73 |
| Enfermedades sistema nervioso | 88 | 7 | 42 | 39 |
| Anemias | 109 | 1 | 27 | 81 |
| Malformaciones congénitas | 62 | 2 | 39 | 21 |
| Otros diagnósticos | 809 | 97 | 421 | 291 |
| Residentes en Partidos del GBA | | | | |
| Total | 24.517 | 3.176 | 15.417 | 5.924 |
| Embarazo parto y puerperio | 17.462 | 2.605 | 12.392 | 2.465 |
| Enfermedades sistema digestivo | 1.446 | 127 | 674 | 645 |
| Neoplasias | 1.296 | 46 | 433 | 817 |
| Enfermedades sistema genitourinario | 1.258 | 69 | 518 | 671 |
| <i>Violencias</i> | 419 | 38 | 220 | 161 |
| Enfermedades sistema respiratorio | 315 | 72 | 126 | 117 |
| Síntomas y afecciones mal definidas | 297 | 36 | 130 | 131 |
| Enfermedades sistema circulatorio | 247 | 8 | 96 | 143 |
| Trastornos mentales | 128 | 27 | 71 | 30 |
| Enfermedades osteomusculares | 227 | 19 | 83 | 125 |
| Infec. de la piel y tejido subcutáneo | 159 | 18 | 72 | 69 |
| Enfermedad por VIH | 131 | 4 | 46 | 81 |
| Enfermedades sistema nervioso | 141 | 12 | 66 | 63 |
| Anemias | 72 | 3 | 19 | 50 |
| Malformaciones congénitas | 88 | 16 | 50 | 22 |
| Otros diagnósticos | 831 | 76 | 421 | 334 |

Fuente: Sistema Estadístico de Salud, Subsistema de Estadísticas de Servicios de Salud, Base preliminar de egresos 2012.