

**TENDENCIA Y MAGNITUD DE LA MORTALIDAD MATERNA EN GENERAL Y
ESPECÍFICAMENTE DE LAS MUERTES CERTIFICADAS POR ABORTO Y SUS
COMPLICACIONES (DIAGNOSTICOS 003-008 CIE 10) EN LOS SERVICIOS
PÚBLICOS DE SALUD DEL ECUADOR**

**Desarrollo de un instrumento metodológico de certificación de
mortalidad materna que contribuya a la implementación del Plan
Nacional de Reducción Acelerada de la Muerte Materna**

Vanessa Bustamante M.D. M.P.H.

Marzo 2011



ÍNDICE DE CONTENIDOS

Resumen.....	4
Introducción.....	5
Razón de mortalidad materna en el Ecuador.....	9
Situación actual.....	9
El aborto como un problema de salud pública.....	10
Embarazo no deseado – Aborto inducido problemas persistentes en salud pública.....	18
Metodología.....	23
Análisis de datos.....	24
Resultados	25
Tendencia de la mortalidad materna en general en el Ecuador.....	25
Tendencia de la mortalidad materna en general y por aborto.....	29
Análisis del sub-registro de los diagnósticos O03 – O08, según clasificación CIE 10, en el Ecuador en el período 2008 – 2010.....	39
Análisis de los casos con diagnóstico O03 – O08, según CIE 10, como causa de muerte materna en el Ecuador en el período 2008 – 2010.....	41
Discusión.....	67
Conclusiones.....	72
Recomendaciones.....	75
Bibliografía.....	77

GLOSARIO DE TERMINOS

C.A.C.L.A.I.	Consortio Latinoamericano contra el Aborto Inseguro
CIE 10	Clasificación Internacional de Enfermedades versión 10
CITAN	Coeficiente de Inscripción Tardío de Nacimientos
INEC	Instituto Nacional de Estadísticas y Censos
MSP	Ministerio de Salud Pública
n.v.e.	nacidos vivos estimados
n.v.o.	nacidos vivos oportunos
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
RMM	Razón de la Mortalidad Materna
S.I.S.V.E.N.	Sistema de Vigilancia Epidemiológica Nacional
SIVE-VE eMM	Sistema de Vigilancia Epidemiológica – Vigilancia Epidemiológica Mortalidad Materna

TENDENCIA Y MAGNITUD DE LA MORTALIDAD MATERNA EN GENERAL Y ESPECÍFICAMENTE DE LAS MUERTES CERTIFICADAS POR ABORTO Y SUS COMPLICACIONES (DIAGNOSTICOS 003-008 CIE 10) EN LOS SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD EN EL ECUADOR

Desarrollo de un instrumento metodológico de certificación de mortalidad materna nacional que contribuya a la implementación del Plan Nacional De Reducción Acelerada de la Muerte Materna

Resumen

La mortalidad materna en general y específicamente por aborto constituye un grave problema de salud pública en el Ecuador. El Sistema de Vigilancia Epidemiológica y la calidad de la información son herramientas imprescindibles en el desarrollo de una adecuada vigilancia, lamentablemente, existe un elevado subregistro de las muertes maternas y en especial aquellas que se han producido por complicaciones relacionadas con abortos de cualquier naturaleza.

En el presente estudio, se describen las tendencias de muerte del último quinquenio y mediante proyecciones se evalúa el cumplimiento de los ODM y los objetivos del PNBV 2009 – 2013; se determina el subregistro y se analizan las muertes producidas por aborto y sus complicaciones; posteriormente se propone un instrumento metodológico complementario para la certificación nacional de muertes maternas. Para el efecto, se tomaron 582 muertes maternas registradas en el SISVEN, luego de la revisión de la respectiva documentación se descartaron 516 muertes ocurridas por otras causas; se investigaron un total de 26 casos certificados como aborto, 12 muertes certificadas con diagnósticos diferentes a aborto y 28 muertes de las que no se encontró ninguna información. Como instrumentos se utilizaron los mismos formularios de búsqueda activa establecidos en el Manual de Vigilancia de muerte materna vigente, estos formularios fueron modificados de acuerdo a las recomendaciones de la iniciativa de la OMS: “Camino a la supervivencia” y se incluyó un componente para asociar la muerte materna con violencia de género o algún tipo de discriminación. Resultados: De acuerdo a las cifras del INEC, si las condiciones que inciden actualmente sobre la RMM se mantienen, la reducción de la mortalidad materna sería de apenas un 53% para el año 2015, restaría 22% para llegar a la meta de los ODM; en lo que respecta al objetivo 3 del PNBV, las proyecciones hablan de una reducción de mortalidad materna de 23%, lo que nos alejaría 12 puntos porcentuales de la meta.

El subregistro de información se ha incrementado de 15% del año 2008 a 50% en el año 2010. En cuanto a los casos debidos a aborto el estudio determinó que el 60% de abortos correspondieron a espontáneos y el 23% a inducidos, 34% los realizaron en alguna institución y 54% en lugares considerados inseguros. El 83% de las muertes pudieron ser evitables, 79% tuvieron como causa directa de muerte el

aborto, la primera demora es frecuente y un 9% de los casos estuvo asociado a algún tipo de violencia.

Finalmente se concluye que si mejora el registro y la recolección de la información a todo nivel, disminuirá el subregistro y tendremos cifras más reales; es importante insistir en la capacitación del personal de salud con el fin de mejorar el acceso y la calidad de atención. Concomitantemente deben fortalecerse el trabajo interinstitucional, los programas de salud sexual y reproductiva e incluir el enfoque de género en los análisis de salud con el objeto de detectar posibles inequidades que puedan condicionar perfiles de morbilidad y mortalidad.

TENDENCIA Y MAGNITUD DE LA MORTALIDAD MATERNA EN GENERAL Y ESPECÍFICAMENTE DE LAS MUERTES CERTIFICADAS POR ABORTO Y SUS COMPLICACIONES (DIAGNOSTICOS 003-008 CIE 10) EN LOS SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD DEL ECUADOR

Desarrollo de un instrumento metodológico de certificación de mortalidad materna nacional que contribuya a la implementación del Plan Nacional de Reducción Acelerada de la Muerte Materna

INTRODUCCIÓN

La mortalidad materna es un grave problema social que refleja el grado de desarrollo de un país, además, se convierte en un indicador de evaluación del desempeño de los sistemas de salud de los países y en especial de los países en vías de desarrollo donde las altas razones de mortalidad materna se encuentran estrechamente relacionadas con la pobreza, inequidad y la exclusión social por razones económicas, culturales y de género, entre otras.

La salud materna infantil se considera un área prioritaria para la Organización Mundial de la Salud (OMS); alrededor del mundo cada día mueren aproximadamente 1500 mujeres, víctimas de complicaciones secundarias al embarazo o parto¹. En América Latina y el Caribe, se estima un promedio de 130 muertes por cada 100.000 nacidos por causas relacionadas con el embarazo, parto y puerperio². En nuestro país, para el año 2009 se registraron 208 muertes de mujeres relacionadas con embarazo, parto y puerperio, lo que representa una razón de mortalidad materna, según el INEC de 96,34 por 100.000 nacidos vivos inscritos en el mismo año³.

En este contexto, la Organización Mundial de la Salud y su referente regional: la Organización Panamericana de la Salud (OPS), recomiendan a los gobiernos de los países

¹ World Health Organization, Department of Reproductive Health and Research, *Making pregnancy safer. Annual report 2009*. Ginebra. Disponible en: http://www.who.int/making_pregnancy_safer/en/

² Organización Panamericana de la Salud. *Plan Regional de Reducción de la Mortalidad Materna*. Washington D.C. 2002. Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/dpi/100/100feature19.htm>

³ Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC). *Defunciones 2007*. Disponible en: http://www.inec.gov.ec/web/guest/ecu_est/reg_adm/est_vit/not_vit3

que reportan altas razones de mortalidad materna, implementar estrategias tendientes a reducir o prevenir las muertes maternas relacionadas con el embarazo, parto y puerperio con el fin de alcanzar la meta 6 del objetivo 5 de los Objetivos del Milenio, que consiste en reducir en tres cuartas partes la mortalidad materna antes del año 2015⁴.

Con este objetivo, en 1994 la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) desarrollaron un paquete de intervenciones o estrategias, cuyo fin es asegurar atención en los servicios de salud con una 5 básica a las madres asegurando que las intervenciones se realicen en tres niveles: Reducir la posibilidad de embarazos no planificados o no deseados; reducir las posibilidades de complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio y reducir las posibilidades de muerte en mujeres que sufren complicaciones durante estas etapas de la vida reproductiva⁵.

En nuestro país, en la última década, el Ministerio de Salud Pública, el Consejo Nacional de Salud y los diferentes actores del Sistema Nacional de Salud, en cumplimiento con los compromisos internacionales adquiridos, implementaron como parte del Plan de Fortalecimiento de la Atención Primaria en Salud, el Plan Nacional de Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y Neonata, que constituye un conjunto de políticas y estrategias costo-efectivas encaminadas a lograr la reducción de la mortalidad materna en el Ecuador. Durante la elaboración de este plan se desarrollaron varios instrumentos útiles basados en las experiencias del Plan de Reducción de la Mortalidad Materna (2005) y la Guía de Intervenciones Perinatales Basadas en Evidencia (2006) que permiten el mejor cumplimiento de sus líneas de acción: Mejorar el acceso a la información sobre anticoncepción, la organización de redes intra e interinstitucionales que incluyen también al sistema tradicional de salud, énfasis de la atención en la aplicación de normas y protocolos, vigilancia epidemiológica, mejora continua de la calidad de atención con enfoque en derechos, en género e interculturalidad.

⁴ Organización de Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, *Objetivos del Milenio. Informe 2010*. Disponible en: http://www.un.org/es/comun/docs/?path=/spanish/millenniumgoals/pdf/MDG_Report_2010_SP.pdf

⁵ World Health Organization. Maternal mortality in 2005. Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA and the World Bank. Ginebra 2008. Páginas 1- 3

En este contexto, el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Muerte Materna constituye una herramienta fundamental, ya que dentro de las estrategias encaminadas a la reducción de la mortalidad materna a corto plazo, es imprescindible disponer de la información básica de las muertes ocurridas y así orientar los esfuerzos hacia la resolución del problema. El Sistema de Vigilancia de Muerte Materna del Ministerio de Salud Pública que es parte del Sistema Integrado de Vigilancia Epidemiológica Alerta (SIVE-VEeMM), es desarrollado e implementado recién a mitad del año 2002⁶, **siendo**, un sistema de vigilancia joven que se encuentra en proceso de perfeccionamiento.

Según la OMS, existen varias causas directas e indirectas de muerte materna durante el embarazo, parto y puerperio, y de éstas el 80% se atribuyen a causas directas, **siendo las** principales: Hemorragias graves, infecciones, eclampsia, partos obstruidos, abortos **realizados en condiciones de riesgo**, otras causas directas y otras causas indirectas⁷. De esta descripción, el 13% de muertes maternas están relacionadas con abortos **realizados en condiciones de riesgo**, lo cual se traduce en aproximadamente 67.000 muertes al año alrededor del mundo; sin embargo debemos reflexionar acerca de cuál es la dimensión real de la muerte materna debido a aborto. Detrás de las estadísticas de infecciones, hemorragias o complicaciones cardiovasculares pueden esconderse complicaciones relacionadas con aborto realizado en condiciones **de riesgo**. Los reportes de muertes clasificadas como *otras causas directas o indirectas* también puede encubrir el triste desenlace de una historia que no desea ser revelada por la familia de la madre fallecida.

Bajo esta premisa, el aborto constituye un grave problema que puede terminar con la vida de quienes optan por esta opción en condiciones **de riesgo**, en él influyen múltiples causas determinantes de tipo médico, social y cultural que incide sobre la salud de la mujer, su familia y su comunidad. La estrecha relación que existe de las muertes maternas con un componente asociado a violencia física, psicológica y **sexual**, complican

⁶ Ministerio de Salud Pública (MSP). Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Muerte Materna, 2002 – 2009.

⁷ World Health Organization, Department of Reproductive Health and Research, *Making pregnancy safer. Annual report 2009*. Ginebra. Disponible en: http://www.who.int/making_pregnancy_safer/en/.

aún más el panorama, si tomamos en cuenta cada caso de manera individual. Las implicaciones políticas y socio-religiosas a su alrededor estimulan una polémica social que lejos de dar solución al problema, solo logra obstaculizar de alguna manera la toma de decisiones y la ejecución de planes que ayuden a combatir la mortalidad materna.

“A través de los siglos, la humanidad ha recurrido al aborto con la finalidad de terminar un embarazo no deseado, procedimiento practicado en todos los países, naciones, razas, en las diferentes condiciones económicas o sociales, esté o no permitido por sus normas sociales, éticas, morales y/o penales de sus naciones”⁸.

En América Latina y el Caribe 5.000 mujeres mueren cada año debido a complicaciones relacionadas con abortos inseguros (más de un quinto del total de muertes maternas), representando esta región, el porcentaje más alto (21%) a nivel mundial. También se estima que en la región anualmente 800.000 mujeres de bajos recursos económicos son hospitalizadas por complicaciones relacionadas con un aborto inseguro. Las mismas estimaciones sugieren que se registran casi cuatro abortos por cada diez nacidos vivos en Brasil, Colombia, Perú y República Dominicana, y cerca de seis abortos en Chile por cada diez nacimientos. Un 17% de las muertes maternas se atribuyen al aborto inseguro según la OMS⁹.

En nuestro país, las razones de mortalidad materna continúan siendo inaceptablemente altas, tomando en cuenta que el cálculo de RMM se realiza con cifras oficiales que varían debido a la duplicidad de datos emitidos tanto por el INEC (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos) como por el SISVEN (Sistema de Vigilancia Epidemiológica Nacional) sumado a esto, el alto sub-registro de casos por abortos ilegales; la cifra real de muertes maternas atribuidas a aborto o sus complicaciones se torna una tarea muy difícil de establecer. Es necesario entonces, conocer el origen del

⁸ Maradiegue Eduardo MD. *Aborto como causa de muerte*. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia.2006; 52(3): ps: 150-153.

⁹ OMS; CRR; AGI. *El aborto: un problema de salud pública*. 2004-2005. Disponible en: http://www.womenslinkworldwide.org/pdf_programs/es_prog_rr_col_factsheets_pubhealth.pdf

problema y ubicarlo en el contexto social para saber **cómo** evitar la mortalidad y morbilidad materna¹⁰.

En este contexto, el presente estudio tiene por objeto conocer la cifra real **con la** que el aborto como tal contribuye a la mortalidad materna en general y su tendencia en los últimos 3 años; además, pretende contribuir a establecer los diferentes componentes que deberá contener el sistema de vigilancia de muerte materna al crear un instrumento metodológico de recolección y análisis de muerte materna por aborto, con el fin de garantizar la procedencia de las cifras oficiales de muerte materna, determinar con precisión los factores que incidieron en la ocurrencia **y** evaluar la efectividad de los servicios de salud, con el objeto de definir medidas correctivas necesarias para mejorar la sensibilidad de la vigilancia epidemiológica de muerte materna de nuestro país.

LA RAZON DE LA MORTALIDAD MATERNA EN EL ECUADOR

Situación actual

Para el año 1990, el Ecuador se encontraba en el puesto 16 entre los países con altas tasas de mortalidad materna de la región, en un estudio realizado en el año 2008, Ecuador ocupa el tercer lugar entre los países de la región Bolivariana con una tasa de mortalidad materna descrita para el año 2005 en 84.95 por 100.000 nacidos vivos¹¹.

La situación de la muerte materna es analizada mediante el indicador denominado Razón de Mortalidad Materna (RMM), el cual expresa el número de defunciones maternas por cada 100.000 nacidos vivos¹². En nuestro país, **la obtención** de este

¹⁰ Vélez G.; Gallego L.; Jaramillo D. *Modelo de análisis de muerte materna: Camino para la supervivencia*. Modelos para el análisis de de la mortalidad materno infantil. Disponible en: <http://www.nacer.udea.edu.co/pdf/libros/libro1/modelodeanalisisdelamuertematerna.pdf>

¹¹ Faneite Pedro M.D.. *Mortalidad materna en la Región Bolivariana de Latino-América; área crítica*. Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela, ISSN 0048 – 7732, volumen 68 n.1. Caracas, marzo 2008. Consultado en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S004877322008000100005&script=sci_arttext

¹² Mata P., Reynoso F., Salazar A., *Conceptos básicos de estadística descriptiva útiles para el médico*. Revista Hospital General Dr. M. Gea González, vol.7 No.1 Enero-Abril 2006, paginas: 42 – 46. Consultado en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/h-gea/gg-2006/gg061i.pdf>

indicador ha atravesado diferentes etapas en la búsqueda de una metodología única que estandarice la forma de calcular la mortalidad materna.

El Ecuador ha realizado considerables esfuerzos para reducir la muerte materna, con razones que van desde 101 muertes por 100.000 n.v. estimados por el Coeficiente de Inscripción Tardío de Nacimientos (CITAN) en el año 1990, hasta 66 muertes por 100.000 n.v. (CITAN) para el año 2000. En el año 2008, por cada 100.000 niños que nacieron, murieron 46 madres (razones calculadas con un denominador que incluye nacidos vivos estimados por el CITAN).

EL ABORTO COMO UN PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA

Epidemiología del Aborto

Cuando nos referimos al tema, las perspectivas van desde la epidemiología del aborto como una condición de morbilidad y egreso hospitalario, hasta llegar a una condición de ilegalidad y clandestinidad. Es indudable que en sociedades con legislaciones muy restrictivas se incentiva la práctica de abortos realizados en condiciones de riesgo. En nuestro país, la penalización del aborto determina las condiciones de vulnerabilidad de las mujeres y lo convierte en un grave problema social y de salud pública.

“La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que 3,700 000 abortos en condiciones de alto riesgo tienen lugar cada año en América Latina y El Caribe, región en la cual se observan precisamente las tasas y razones de abortos inducidos más elevadas: la tasa es de 29 abortos por cada mil mujeres entre 15 y 44 años de edad, y la razón de cerca de un aborto por cada tres nacidos vivos en el 2000. La tasa de abortos varía entre 34 por cada mil mujeres en Sudamérica, 21 en Centroamérica y 12 en la región del Caribe. En la mayoría de los países de la región se ha observado el mayor descenso de los niveles de fecundidad en las últimas décadas; la razón de abortos al principio de los años 2000 varía de 15 abortos por cada 100 nacidos en El Caribe a más del doble en Sudamérica (39 abortos por cada 100 nacidos). Esta última sub-región es, a su vez, la que tiene los menores

niveles de fecundidad y el uso de métodos anticonceptivos modernos más extendido. América Central, por su parte, ocupa un lugar intermedio, con 20 abortos por cada 100 nacidos vivos, y es la tercera sub-región del mundo con la proporción mayor de abortos. Existe una alta incidencia del aborto no seguro: 3. 700. 000 abortos al año; de los cuales 3 700 casos mueren por complicaciones del aborto.

Actualmente en la región se practican 3 millones 800 000 mil abortos en condiciones de riesgo. Por eso más de 5000 mujeres mueren al año debido a complicaciones relacionadas con abortos inseguros, cifras que representan el 21% de muertes maternas al año a nivel mundial”¹³

“El 32.6 % de mujeres ecuatorianas ha experimentado algún tipo de aborto. Este indicador convierte al país en el primero con más abortos, entre 11 países de Latinoamérica”. Así lo describe el CLACAI (Consortio Latinoamericano contra el Aborto Inseguro) en un informe emitido el día 13 de octubre del 2010, como resultado de una encuesta sobre hábitos y conductas sexuales, realizado en varios países de la región por la empresa Tendencias Digitales en conjunto con el grupo Diarios de América¹⁴. Cifras realmente conmovedoras que no pueden ser rebatidas, gracias al enorme sub-registro y a la incoordinación de los organismos oficiales del Ecuador, en materia de estadísticas y vigilancia de muerte materna especialmente relacionada con aborto.

Según el organismo oficial de estadísticas del Ecuador INEC, para el año 2009 la razón de mortalidad materna por aborto en el Ecuador, fue de 3,24 x 100.000 n.v.o.³. Esta cifra es una referencia nacional tomando para el cálculo de la razón, el número de muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos oportunos, es decir los registrados el mismo año de nacimiento.

¹³ Centro de Estudios de Población y Desarrollo CEPED. *El aborto en América latina y el Caribe*. LA CHRONIQUE. ISSN 1157-4186 Marzo 2008 . Número 55 . ES.

¹⁴ Consortio Latinoamericano contra el Aborto Inseguro. CLACAI. International Consortium for Medical Abortion. ICMA. *Ecuador es el país con más abortos en Latinoamérica*. Disponible en: http://www.clacai.org/index.php?option=com_content&view=article&id=733:ecuador-es-el-pais-con-mas-abortos-en-latinoamerica&catid=9:informacion-para-mujeres-&Itemid=5

El aborto es una de las mayores causas de morbilidad en las mujeres, con el consecuente efecto en su calidad de vida. En el decenio 1999-2008 la atención de abortos en los establecimientos del Ministerio de Salud Pública (MSP), ha tenido un incremento estadísticamente significativo ($R=0,98$; $p=0,00\dots$). En el año 2007, hubo 23.698 egresos hospitalarios por aborto no especificado. Las atenciones obstétricas por aborto siguen incrementándose de 12.917 en el año 2000 a 25.343 en el año 2008¹⁵.

Así, podríamos describir incidencias de diferentes fuentes de organismos oficiales y no oficiales que emiten estadísticas de aborto de forma indirecta, relacionadas más con eventos asociados a complicaciones por mala atención fuera del sistema formal o público de salud, o al número de egresos hospitalarios por diagnóstico de aborto sin especificación de su origen. Nada más lejos de la realidad, cuando pensamos en los miles de abortos no espontáneos sino inducidos en la clandestinidad, o de aquellos que se registran o se clasifican de manera incorrecta en las unidades operativas de salud.

Definiciones y conceptos básicos sobre aborto

El aborto según la Organización mundial de la Salud OMS es la “terminación espontánea o inducida de un embarazo antes de la vigésima semana de gestación, con un peso menor de 500 gramos y no viable”. Y se encuentra de manera innegable ligado a otros aspectos epidemiológicos, sociales, éticos y culturales.

Modos de clasificar el aborto

Existen varias formas de clasificar al aborto; para efectos del estudio revisaremos por lo menos tres perspectivas acerca de este término. La primera es la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE versión 10) emitida por la OMS, la segunda es una clasificación médica y la tercera una visión desde la perspectiva legal.

¹⁵ Ministerio de Salud Pública, Sistema Común de Información, *Población e Indicadores Demográficos y de Productividad*, Ecuador 1999-2008.

1.- Clasificación del aborto según la CIE 10 emitida por la Organización Mundial de la Salud.OMS.

La C.I.E. es un sistema de clasificación de ejes variables cuyo esquema debe servir a todos los propósitos prácticos y epidemiológicos. Este patrón puede ser identificado en los capítulos de la C.I.E. y hasta el momento es considerado como la estructura más útil que cualquiera de las alternativas que se han probado. La C.I.E. utiliza un código alfanumérico, con una letra en la 1º posición y números en la 2º,3º, y 4º posición; el cuarto carácter sigue a un punto decimal, los códigos posibles van por lo tanto de **A00.0 a Z99.9**.

Esta codificación se encuentra designada por capítulos para cada sistema corporal; así, vemos a continuación el capítulo correspondiente a embarazo terminado en aborto para la CIE 10, con denominación que antecede la letra “**O**” y la numeración que va desde el 1 al 8¹⁶.

CAPITULO XV

EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO

Embarazo terminado en aborto

000 Embarazo ectópico

001 Mola hidatiforme

¹⁶ World Health Organization. Programs and Projects. *International Classification of Diseases. Clasificación Internacional de Enfermedades*. Consultado el 4 de febrero del 2011. Disponible en: <http://www.who.int/classifications/icd/en/>

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

008 Complicaciones consecutivas al aborto, al embarazo ectópico y al embarazo molar.

2. Clasificación del aborto según criterio clínico:

a. Según la edad gestacional

Aborto bioquímico. Es la interrupción de la gestación después de la nidación y antes de la identificación ecográfica del saco gestacional.

Aborto clínico: Aquel que ocurre luego de haber identificado el saco gestacional. Puede ser: *temprano* antes de las 12 semanas y *tardío de 12 a 20 semanas*.

b. Según el origen

Espontáneo: Se produce de manera natural, involuntaria y sin intervención alguna de la madre ni de terceros. Está asociado a factores: genéticos, endócrinos, inmunológicos, infecciosos, traumáticos, de anomalías del tracto genital, idiopáticas.

Inducido: Según la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia FIGO, "la interrupción del embarazo mediante el empleo de medicamentos o intervenciones después de la implantación y antes de que el conceptus (el

producto de la concepción) sea viable de manera independiente"¹⁷.

c. Según la evolución

Amenaza de aborto: cuando presenta sangrado y dolor pélvico, pero ausencia de dilatación del cuello uterino cuyo pronóstico es favorable.

Aborto inevitable o inminente: cuando ya existe dilatación del cuello uterino y se palpan las membranas fetales a través de él y es de mal pronóstico para la continuación del embarazo.

Aborto en curso: cuando se palpan o protruyen membranas o partes fetales a través del orificio cervical

Aborto diferido: cuando se retiene el embrión o saco gestacional dentro del útero después de perder vitalidad.

Aborto séptico: cuando termina en un proceso infeccioso sea de grado I, II y III de acuerdo a la extensión de la infección.

d. Según la terminación

Aborto completo: cuando se ha expulsado la totalidad del producto y sus anexos

Aborto incompleto: cuando se ha expulsado solo una parte del contenido embrionario pero permanecen restos en cavidad que provocan sangrado continuo.

e. Según las consecuencias

Aborto no complicado: cuando no ha habido secuela directa para la madre o su futuro obstétrico.

¹⁷ Schenker JG, Cain JM. FIGO Comité for the Ethical Aspects of the Human Reproduction and Women's health. Int J Gynaecol Obstet, 1999; 64:317-322

Aborto complicado: cuando como resultado de la pérdida, quedan secuelas reparables o irreparables para la madre y su futuro obstétrico.

f. Según su ocurrencia

Aborto habitual o frecuente: cuando se han producido 3 o más abortos consecutivos.

g. Según las condiciones en las que se suspende

Dentro de la categoría de un aborto inducido, se toman en cuenta aspectos como la capacidad profesional que lo atiende, el lugar de ocurrencia y las condiciones higiénicas en las que se realiza el aborto.

Aborto seguro: Implica un procedimiento con las mínimas probabilidades de riesgo para la madre.

Aborto inseguro: Según la misma OMS, "un procedimiento para poner fin a un embarazo no deseado, realizado por personas que carecen de las aptitudes necesarias o en un ámbito en el que no se cumplen los mínimos criterios médicos, o con la concurrencia de ambas circunstancias"¹⁸

3. Clasificación según la perspectiva legal

Aborto legal: Se realiza por solicitud de la madre

Aborto ilegal: se realiza en un lugar donde es prohibido sin excepciones

Condiciona: El aborto se permite por varias razones

Muy restrictivo: El aborto se permite solo para salvar la vida de la *madre*.

Aborto Libre: es el aborto realizado bajo el supuesto derecho que tendría la

¹⁸ World Health Organization *The prevention of unsafe abortion*. Report of a technical working Group, Geneva, World Health Organization (WHO/MSM/92.5), 1992

mujer para interrumpir su embarazo por el solo hecho de no ser deseado.

Aborto Mixto: se refiere a la llamada reducción fetal selectiva, que pretende eliminar en los embarazos múltiples algunos embriones para que los restantes tengan mejor posibilidad de sobrevivir, presente también en países donde el número de descendientes por familia se restringe a uno solo.

Aborto ético: cuando el embarazo es producto de una agresión sexual.

La legislación ecuatoriana contempla las siguientes formas de aborto:

Aborto intencional: Se trata del tipo general, que consiste en la acción realizada con plena conciencia y voluntad. Cuando no existe la aquiescencia de la mujer o de quien deba dar el consentimiento a nombre de ella, la figura es agravada. El tipo es más grave aún, cuando el sujeto activo de la infracción es un profesional de la salud¹⁹.

En el caso que el aborto termine con la vida de la mujer, el tipo penal se transforma en uno complejo, y la pena es considerablemente más severa. Si quien practicó el aborto es un profesional de la salud, la figura es más grave.

Aborto honoris causa: Se trata de una circunstancia atenuante para el aborto intencional, cuando la mujer aborta para ocultar su deshonra.

Excusas legales absolutorias. Se contemplan dos causas de excusa, pero para que ellas procedan es necesario que el aborto sea practicado por un médico. Además, la mujer debe dar su consentimiento y si ella no puede hacerlo, su marido, sus familiares íntimos o quien ejerza su representación²⁰.

¹⁹ A. Donoso, op. cit., *Marco legal del aborto*. pp. 27-28.

²⁰ "Código de Ética Médica: Art. 103.- Al médico le está terminantemente prohibido provocar el aborto al menos que haya necesidad absoluta de hacerlo para salvar la vida de la madre; en caso de enfermedades con alto riesgo hereditario, o cuando la madre haya sido expuesta, dentro del primer trimestre del embarazo a factores teratogénicos científicamente comprobados; debiendo cumplirse los siguientes requisitos: a) Con el consentimiento de la paciente, de su cónyuge o de su representante; y, b) La necesidad de la interrupción del embarazo debe ser certificada por una Junta Médica, uno de cuyos participantes, por lo menos, debe ser especializado en la afección motivo de la indicación." Ediciones Legales, *Régimen Penal Ecuatoriano*, op. cit., p. 409.

Estos casos son:

Aborto terapéutico: cuando corre grave riesgo la salud o la vida de la mujer, siempre y cuando el peligro no pueda ser evitado por otros medios.

Aborto eugenésico: en los casos de violación o estupro, cometido en una mujer demente o idiota²¹.

Embarazo no deseado – Aborto inducido, problemas persistentes en salud pública

De los tipos de aborto anteriormente mencionados, las pérdidas gestacionales que se presentan de manera espontánea nos conducen a explorar las posibles consecuencias derivadas de una atención inadecuada posterior al evento producido. La falta de acceso a servicios de calidad o la inadecuada información de las mujeres hace que muchos de los casos **de abortos espontáneos**, puedan terminar en serias complicaciones debido a condiciones fortuitas.

Lo contrario ocurre con los embarazos no deseados **que terminan en abortos inducidos en condiciones de riesgo y** que acarrear graves consecuencias físicas para la mujer, económicas para el sistema de salud y se enfocan en las poblaciones más vulnerables (adolescentes, estratos empobrecidos, estratos mal informados), **constituyéndose en graves problemas de salud pública que deben ser prioridad dentro de los objetivos nacionales.**

A nivel regional, se calcula que anualmente se realizan alrededor de 4.2 millones de abortos en condiciones inseguras, más de 5000 muertes maternas en América latina al año se deben a causas relacionadas con este evento y más de 800.000 mujeres son hospitalizadas y tratadas en servicios de salud debido a

²¹ Neira Miranda Jorge Dr..*Aborto, aspectos clínicos y epidemiológicos*. ARS MEDICA. Revista de Estudios Médico Humanísticos. Pontificia Universidad Católica de Chile. Vol.6 No.6.Consultado en febrero 2011. Disponible en: <http://escuela.med.puc.cl/publ/arsmedica/arsmedica6/Art07.html>

complicaciones relacionadas con abortos clandestinos en condiciones de riesgo²². Cifras exorbitantemente altas si tomamos en cuenta el bajo costo de las simples medidas con las que podrían combatirse estos problemas; así, la falla en la educación, capacitación y provisión de medidas anticonceptivas eficaces y seguras, constituyen la primera causa de abortos, más todavía, las medidas restrictivas legales relacionadas con el tema, no han logrado disminuir la frecuencia de los abortos clandestinos.

Los expertos internacionales coinciden en que la ineficiencia de los gobiernos de la región en materia de planificación familiar y de legalización del aborto, son las causas por las que se mantienen estas peligrosas prácticas. También coinciden en que fortalecer los servicios de salud reproductiva y estimular reformas legales en torno a la legalidad del aborto de acuerdo a las posibilidades jurídicas del marco legal en cada país, pueden ser estrategias efectivas para combatir este problema, ya que según algunos estudios del mismo Dr. Mundigó y sus colaboradores, resulta más económico mejorar la cobertura y la calidad de los servicios de planificación familiar que atender las complicaciones que se presentan detrás de los abortos realizados en condiciones inseguras²¹.

El aborto como problema social

Es indudable la estrecha relación que existe entre el aborto y **algunos** problemas sociales como: pobreza, falta de educación, desconocimiento acerca de temas de salud sexual y reproductiva, desconocimiento y falta de acceso a **métodos anticonceptivos**, falta de acceso a servicios de asesoría y educación sexual, inequidad de género reflejada en falta de poder de toma de decisiones **de la mujer frente al**

²² Mundigo Axel Dr. Borradores de las ponencias del Dr. Mundigo y de otros trabajos presentados en la reunión regional “Embarazo no deseado y aborto inducido: desafíos para la salud pública en América Latina y el Caribe” realizada en el año 2001 Cuernavaca-México. Pueden solicitarse directamente a hespinoza@popcouncil.org.mx y además están disponibles en: <http://www.agi-usa.org/lac>: login “lac” password: “hola”.

hombre, por posiciones culturalmente machistas, desconocimiento de la mujer de su libre derecho a decidir sobre su vida personal, su desarrollo profesional y su salud sexual y reproductiva, y del derecho a una vida libre de violencia: física, sexual, psicológica y toda forma de discriminación.

El aborto asociado a algún tipo de violencia

Según la OMS, violencia se considera *“El uso intencional de la fuerza física o el poder contra uno mismo, hacia otra persona, grupos o comunidades y que tiene como consecuencias probables lesiones físicas, daños psicológicos, alteraciones del desarrollo, abandono e incluso la muerte.”*

De este problema, no existen estadísticas claras y contundentes en nuestro país, como referencia en “EEUU la prevalencia de la violencia doméstica en las estadísticas clínicas es alta. Un 15-30% de las mujeres que visitan los servicios de urgencias y un 12-13% de las que visitan el departamento de asistencia familiar^{20 21} revelaron haber sufrido abusos físicos o amenazas por parte de su compañero durante el último año. El 75 % de las mujeres maltratadas que habían pasado por centros sanitarios siguió sufriendo agresiones”²³.

Existen 3 tipos de violencia:

Violencia familiar:

Se define como los malos tratos o agresiones físicas, psicológicas, sexuales o de otra índole, **infringidas** por personas del medio familiar y dirigidas generalmente a los miembros más vulnerables de la misma: niños, mujeres y ancianos.

Violencia de género:

Este término hace referencia a la violencia específica contra las mujeres, utilizada como instrumento para mantener la discriminación, la desigualdad y las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres. Comprende la violencia física, sexual y

²³ Mc Lear S, Anwar R. *Identification of abuse in emergency department*. Am J Public Health 1998;79:65-66.

psicológica, incluida las amenazas, la coacción, o la privación arbitraria de libertad, que ocurre en la vida pública o privada y cuyo principal factor de riesgo lo constituye el hecho de ser mujer.

Violencia en la pareja:

Se define como aquellas agresiones que se producen en el ámbito privado en el que el agresor, generalmente varón, tiene una relación de pareja con la víctima. Dos elementos deben tenerse en cuenta en la definición: la reiteración o habitualidad de los actos violentos y la situación de dominio del agresor²⁴.

Entre los factores de riesgo de sufrir violencia doméstica, se encuentra la mujer en estado de embarazo, dada su condición frágil, el agresor en esta etapa vive el embarazo como una amenaza para su dominio. Algunos estudios han encontrado una asociación entre la violencia y problemas a lo largo del embarazo entre los que se encuentran retraso en la asistencia, mayor número de abortos, partos prematuros y riesgo de recién nacidos con bajo peso²⁵.

METODOLOGÍA

El presente, es un estudio de investigación transversal, retrospectivo, cuantitativo y cualitativo, utilizando los datos oficiales obtenidos en el SISVEN a nivel nacional, revisando las bases de datos, los expedientes clínicos, las actas de comités de muerte materna, relatos de historia de vida o actas de defunción, enviados por las respectivas unidades de salud que hayan reportado los casos y corroborando dicha información con una entrevista a los familiares cercanos a la madre fallecida.

La población universo del estudio **la** conformó el número total de muertes maternas ocurridas en el Ecuador reportadas y registradas por el Sistema de Vigilancia Epidemiológica del Ministerio de Salud Pública entre los años 2008 a 2010. Se

²⁴ Ministerio de Sanidad y Consumo. Sociedad Española de Familia y Comunitaria. Violencia Doméstica. Madrid 2003. Disponible en: http://www.msps.es/ciudadanos/violencia/docs/VIOLENCIA_DOMESTICA.pdf

²⁵ McFarlane J. et al.. Abuse During Pregnancy. JAMA 1992;Vol 267:3176-3178.

estudiaron únicamente los casos que cumplieron con los criterios de inclusión, es decir patologías o complicaciones que podrían estar relacionadas con aborto de cualquier origen o complicaciones del mismo.

Proceso de recolección de datos

Se obtuvieron las bases de datos oficiales de las muertes maternas reportadas en el SISVEN correspondientes al período 2008 a 2010. Con los diagnósticos registrados en estas bases de datos, se creó una lista de casos definidos como **PROBABLES**, cuya causa de muerte materna era atribuida a aborto o causas posiblemente relacionadas con aborto.

Posteriormente, se procedió a la fase de recuperación, clasificación y selección de los expedientes clínicos o actas de comités, actas de defunción emitidas por el INEC, revisión de relatos de vida de los casos probables. Una vez analizados estos documentos, se los clasificó en: Muertes maternas secundarias a aborto ya establecidas en el Sistema de Vigilancia Epidemiológica del Ministerio de Salud Pública y muertes maternas secundarias a posibles abortos, es decir muertes con reporte en el SISVEN donde al menos una causa de defunción estaría relacionada con una posible complicación de aborto. A partir de la revisión de los expedientes médicos o actas de comités de los casos definidos como probables, se creó una lista de casos denominados **POSITIVOS**. En los casos en los que no se estableció la causa básica de la muerte se procedió a realizar la autopsia verbal.

Los instrumentos de recolección de datos que se usaron, fueron los establecidos en el Manual de Vigilancia Epidemiológica de investigación y funcionamiento de los comités de la mortalidad materna, que se encuentran vigentes. El documento de relato de vida o autopsia verbal que se usó para la investigación de los casos calificados como positivos, fue el documento modificado y validado para el estudio que se encuentra disponible en la propuesta del instrumento metodológico.

ANÁLISIS DE DATOS

Para la recopilación de datos se procedió a una búsqueda en las bases de datos del INEC y MSP. El análisis de los datos se realizó mediante el paquete estadístico Epi.info versión 3.4.1 2007 y Microsoft Excel 2007 con el cual se desarrollaron tablas, gráficos y curvas de tendencia.

El análisis estadístico de la tendencia de las variables se estudió por medio del Coeficiente de Correlación de Pearson y se estableció como nivel de significación estadística un valor $P < 0,05$.

RESULTADOS

Tendencia de la mortalidad materna en general en el Ecuador

De acuerdo a cifras del INEC y del Ministerio de Salud Pública (MSP) y según el numerador y denominador que se utilice para el cálculo de la RMM, es posible determinar las tendencias de muerte materna en el Ecuador para el período 2008 a 2010. Sin embargo, al momento del cierre del estudio, el INEC no ha emitido aún cifras oficiales correspondientes al año 2010, por lo que se tomará como referencia cifras del año 2009 y con respecto a las cifras emitidas por el SISVEN del Ministerio de Salud Pública, el cálculo se ha realizado con apenas 176 muertes registradas hasta el momento que corresponden al año 2010 y de las cuales se dispone información.

Recordemos que para el cálculo de la Razón de Mortalidad Materna tenemos tres diferentes métodos: Utilizando como numerador a las muertes maternas de cada año **y** utilizando como denominadores: a) **Los recién nacidos inscritos en el mismo año** (oportunos), b) **Los recién nacidos inscritos hasta un año posterior al nacimiento** (estimados por INEC) y c) **Los recién nacidos inscritos hasta 6 años posteriores al nacimiento y estimados por el Coeficiente de Inscripción Tardío de Nacimientos (CITAN).**

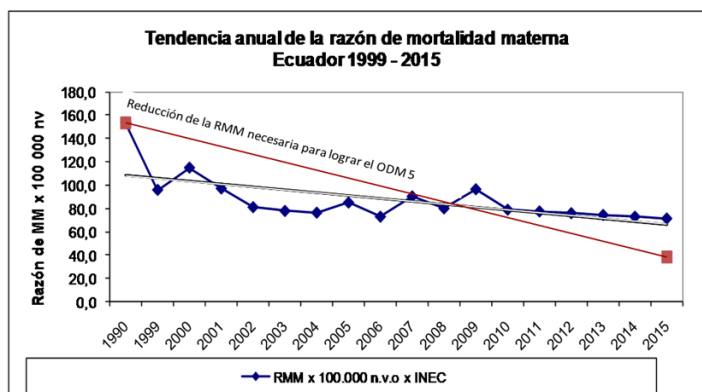
Según cifras oficiales del INEC, para el año 2009 se reportaron 208 muertes maternas, no se dispone de cifras oficiales por parte del INEC de las muertes maternas

reportadas en el año 2010. El número de muertes para el año 2009 es mucho mayor a las registradas en el período 2001 – 2008, en donde los valores máximo y mínimo registrados son: **187** (año 2001) y **129** (año 2004) muertes maternas respectivamente. La razón de mortalidad materna que se encuentra publicada actualmente en el INEC para el año 2009 es de **96,34** x 100.000 n.v. inscritos en el mismo año.

Para analizar las tendencias de la Razón de Mortalidad Materna utilizando las diferentes metodologías y evitar sesgos, el cálculo de la RMM se lo realiza de la siguiente manera:

Si se toma en cuenta la cifra oficial de RMM publicada actualmente en el INEC para el año 2009 de **96,34** x 100.000 n.v.o. (inscritos en el mismo año) la tendencia de la RMM es como se muestra en el gráfico No. 1, en donde el incremento de las muertes del año 2009, cambia la tendencia de la mortalidad materna permaneciendo casi constante con el pasar de los años.

Gráfico No. 1

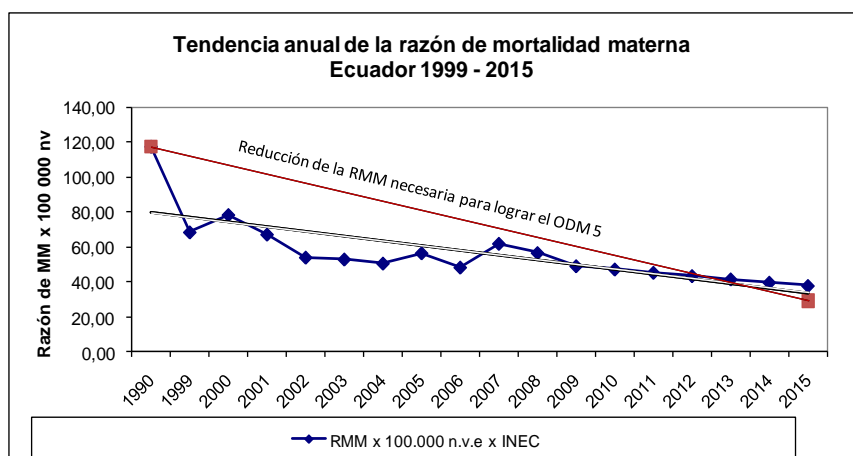


Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos INEC
 Elaboración: Dirección Nacional de Normatización

Al realizar el análisis de la RMM con los nacidos vivos estimados por el INEC, solamente podemos calcular la RMM hasta el año 2008 y hacer una proyección para los próximos años, ya que al momento se dispone de los nacidos vivos del año 2009 inscritos en el mismo año y aún no se dispone de los nacidos vivos del año 2009 inscritos

en el 2010 (ajustados). Para el año 2008 la RMM fue de **56,7** x 100.000 n.v.e. según el INEC; por lo tanto, la tendencia de la RMM hasta el año 2008 se la observa en la gráfica No. 2. Sin embargo esta forma de cálculo no es útil para realizar una proyección hasta el año 2015, puesto que al no incluir las muertes del año 2009 (no se dispone de denominador), en donde existió un gran incremento del número de muertes maternas, cambia significativamente la tendencia de la mortalidad materna. Por lo tanto esta forma de cálculo no se la utilizará para analizar el cumplimiento de los ODM en el futuro.

Gráfico No. 2



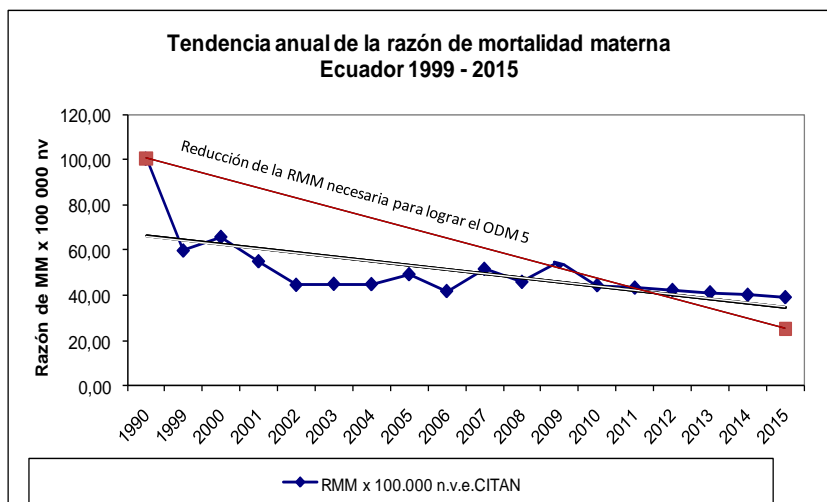
Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos INEC

Elaboración: Dirección Nacional de Normatización

La RMM según los nacidos vivos estimados con el Coeficiente de Inscripción Tardío de Nacimientos (CITAN), para el año 2009 fue de **54,6** x 100.000 n.v.e. por CITAN. La

tendencia de la RMM con ésta metodología de cálculo se puede observar en la gráfica No. 3.

Gráfico No. 3



Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos INEC
 Elaboración: Dirección Nacional de Normatización

Para evaluar el cumplimiento de las metas del objetivo 5 de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) (Reducir en tres cuartas partes la mortalidad materna) y los objetivos de la reducción de mortalidad materna del Plan Nacional para el Buen Vivir 2009-2013²⁶ (Reducir en 35% la mortalidad materna hasta el 2013), se realizó un análisis de Regresión Lineal, que nos permite predecir cuál será el comportamiento de este indicador en el tiempo teniendo presente la RMM en base a los nacidos vivos inscritos oportunamente y a los nacidos vivos estimados por el Coeficiente de Inscripción Tardío de Nacimientos, observándose que si las condiciones que afectan la mortalidad materna se mantienen para los próximos años, la razón de mortalidad materna puede ser: en el año 2013, de **74,4** por 100.000 n.v.o. ó de **41,12** por 100.000 n.v.e. por CITAN y en el año 2015 la razón puede ser de **71,4** por 100.000 n.v.o. ó de **39,00** por 100.000 n.v.e. por CITAN.

²⁶ PLAN NACIONAL PARA EL BUEN VIVIR 2009 - 2013. Metas. Objetivo No. 3 Mejorar la calidad de vida de la población. Página: 196

Para reducir en 35% la mortalidad materna hasta el año 2013, como lo describe el Plan Nacional para el Buen Vivir 2009 – 2013 en su objetivo No. 3²⁷. Y si la tendencia de mortalidad materna se mantiene, la RMM estimada para el año 2013 con respecto a lo observado en 2009, representa una reducción del **23%** (n.v.o.), o del **25%** (n.v.e. por CITAN), por lo tanto restaría un **12%** ó un **10%** respectivamente para llegar a cumplir la meta según las muertes maternas reportadas en el INEC.

De los Objetivos de Desarrollo del Milenio, el quinto establece “Reducir la mortalidad materna en tres cuartas partes, entre 1990 y 2015”⁴. Si la misma tendencia de mortalidad materna se mantiene, la RMM estimada para el año 2015 con respecto a lo observado en 1990, representa una reducción del **53%** (n.v.o.) o del **61%** (n.v.e. por CITAN), por lo que restaría un **22%** ó **14%** respectivamente para llegar a cumplir la meta según las muertes maternas reportadas en el INEC.

Tendencia de la mortalidad materna en general y por aborto: Cifras del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica S.I.S.V.E.N. del Ministerio de Salud Pública del Ecuador M.S.P y del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC).

En el año 2009, se registraron 208 muertes maternas en el INEC. Las primeras causas de muerte en estas mujeres, **fueron**: Otras enfermedades que complican el embarazo, el parto y el puerperio (O99), hemorragia postparto (O72), hipertensión gestacional con proteinuria significativa (O14), eclampsia (O15) y en el octavo lugar se encuentra el aborto no especificado (O06), que contribuye al **2,4%** del total de muertes maternas por todas las causas, como lo podemos observar en la siguiente tabla:

²⁷ Ministerio de Salud Pública, *Plan Nacional de Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y Neonatal*, Proceso de Normatización del Sistema Nacional de Salud, Septiembre 2008

PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE MATERNA. ECUADOR 2009
LISTA DETALLADA DE LA CIE-10

ORDEN	CÓDIGO CIE-10	CAUSAS DE MUERTE MATERNA	NÚMERO	%	TASA 1/
	000-099	TOTAL DE MUERTES MATERNAS	208	100,0	96,3
1	099	OTRAS ENFERMEDADES MATERNAS CLASIFICABLES EN OTRA PARTE, PERO QUE COMPLICAN EL EMBARAZO, EL PARTO Y EL PUERPERIO	40	19,2	18,5
2	072	HEMORRAGIA POSTPARTO	31	14,9	14,4
3	014	HIPERTENSIÓN GESTACIONAL (INDUCIDA POR EL EMBARAZO) CON PROTEINURIA SIGNIFICATIVA	28	13,5	13,0
4	015	ECLAMPSIA	26	12,5	12,0
5	085	SEPSIS PUERPERAL	9	4,3	4,2
6	062	ANORMALIDADES DE LA DINÁMICA DEL TRABAJO DE PARTO	7	3,4	3,2
7	095	MUERTE OBSTÉTRICA DE CAUSA NO ESPECIFICADA	7	3,4	3,2
8	006	ABORTO NO ESPECIFICADO	5	2,4	2,3
9	036	ATENCIÓN MATERNA POR OTROS PROBLEMAS FETALES CONOCIDOS O PRESUNTOS	5	2,4	2,3
10	044	PLACENTA PREVIA	5	2,4	2,3
11	098	ENFERMEDADES MATERNAS INFECCIOSAS Y PARASITARIAS CLASIFICABLES EN OTRA PARTE, PERO QUE COMPLICAN EL EMBARAZO, EL PARTO Y EL PUERPERIO	5	2,4	2,3
12	010	HIPERTENSIÓN PREEEXISTENTE QUE COMPLICAN EL EMBARAZO, EL PARTO Y EL PUERPERIO	4	1,9	1,9
13	045	DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE LA PLACENTA [ABRUPTIO PLACENTAE]	4	1,9	1,9
14	071	OTRO TRAUMA OBSTÉTRICO	4	1,9	1,9
15	046	HEMORRAGIA ANTEPARTO, NO CLASIFICADA EN OTRA PARTE	3	1,4	1,4
16	073	RETENCIÓN DE LA PLACENTA O DE LAS MEMBRANAS, SIN HEMORRAGIA	3	1,4	1,4
17	088	EMBOLIA OBSTÉTRICA	3	1,4	1,4
18	090	COMPLICACIONES DEL PUERPERIO, NO CLASIFICADAS EN OTRA PARTE	3	1,4	1,4
		RESTO DE CAUSA MATERNAS	16	7,7	7,4
		TOTAL DE NACIDOS VIVOS 2/	215.906		

Fuente: INEC, Anuario de Estadísticas Vitales: Nacimientos y Defunciones. Año 2009
1/ Tasa por 100.000 nacidos vivos ocurridos y registrados en el año 2009

Según cifras oficiales del INEC, durante el quinquenio 2005 - 2009, se registraron un total de 43 defunciones de mujeres por causas relacionadas con el aborto (Diagnóstico 003 a 008 según CIE 10) como podemos observar en la tabla No. 1; en donde, se encuentra que el mayor número de muertes se encuentran registradas con el diagnóstico *aborto no especificado* (31 muertes maternas) código CIE 10, 00

Tabla No. 1
Muertes Maternas con diagnóstico 003 a 008 según CIE 10
Ecuador 2005 - 2009

Año	Código CIE10	Causa de Muerte Materna	Número	No. Total de muertes maternas	%	Razón Mortalidad Materna*
2.005	003	Aborto espontáneo	1	143	0,7	0,6
	006	Aborto no especificado	11		7,7	6,5
2.006	003	Aborto espontáneo	1	135	0,7	0,5
	004	Aborto médico	2		1,5	1,1
	005	Otro aborto	1		0,7	0,5
	006	Aborto no especificado	3		2,2	1,6

2.007	006	Aborto no especificado	6	176	3,4	3,1
	005	Otro aborto	2		1,2	1,0
	006	Aborto no especificado	6		3,6	2,9
2.008		Complicaciones consecutivas.al aborto, al embarazo ectópico y al embarazo molar		165		
	008		3		1,8	1,5
2.009	003	Aborto espontáneo	2	208	1,0	0,9
	006	Aborto no especificado	5		2,4	2,3

**Razón Mortalidad Materna por 100 000 nv ocurridos y registrados en el año (n.v.o)*

Fuente: Anuario de Defunciones Generales 2005 - 2009. Instituto Nacional de Estadística y Censos.

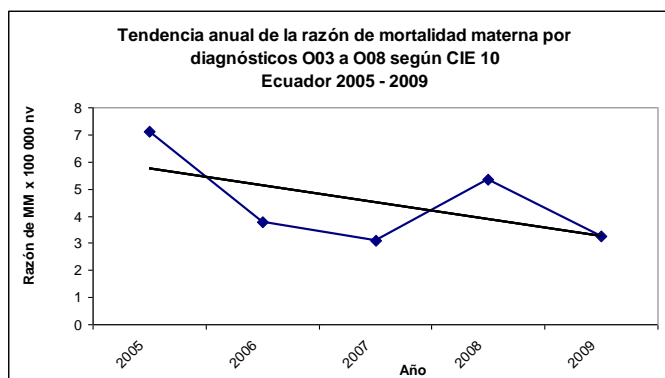
Si analizamos la tendencia de la RMM por los diagnósticos 003 a 008 según CIE 10, del año 2005 a 2009, observamos que la tendencia de RMM es constante, y no han existido cambios estadísticamente significativos ($R=-0,57$; $p=0,31$). (Tabla No. 2 y Gráfico No. 4).

Tabla No. 2
RMM con diagnóstico 003 a 008 según CIE 10
Ecuador 2005 - 2009

Año	Código CIE10	Número de MM	RMM*
2005	003 - 008	12	7,13
2006	003 - 008	7	3,78
2007	003 - 008	6	3,08
2008	003 - 008	11	5,33
2009	003 - 008	7	3,24

*RMM: Razón de Mortalidad Materna de diagnósticos CIE 10, 003 a 008 por 100.000 nacidos vivos inscritos en el mismo año (oportunos)

Gráfico No. 4



Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos INEC
Elaboración: Dirección Nacional de Normatización

Según las cifras oficiales disponibles en el INEC, los diagnósticos 003 – 008 según CIE 10, en el período 2005 al 2009, han contribuido en promedio con el **5,4%** del total de las muertes maternas registradas oficialmente en el país. En la tabla No. 3, podemos observar el porcentaje por año en que las muertes relacionadas con aborto han contribuido al total de las muertes maternas por todas las causas.

Tabla No. 3

Porcentaje de MM con diagnóstico 003 a 008 según CIE 10, del total de MM Ecuador 2005 – 2009

Año	Código CIE10	Número de MM	% de MM*
2005	003 - 008	12	8,39
2006	003 - 008	7	5,18
2007	003 - 008	6	3,40
2008	003 - 008	11	6,67
2009	003 - 008	7	3,36

**% de MM: porcentaje de Muertes Maternas con diagnóstico 003 a 008 según CIE 10, del total de MM por todas las causas registradas en el INEC.*

En el año 2008 se encuentran registradas en el INEC, 11 muertes con causa básica de muerte relacionada con el aborto (Diagnóstico CIE 10, 003 – 008), mientras que en el 2009 se registran 7 muertes maternas (ver tabla No. 2). Debe tomarse en cuenta que aún no se dispone de datos del año 2010.

La Razón de Mortalidad materna por estas causas es de **5,33** x 100.000 n.v.o. para el año 2008 y de **3,24** x 100.000 n.v.o. para el año 2009. Por lo tanto el porcentaje de contribución del aborto en el total de muertes maternas ocurridas en cada año es de **6,67%** para el año 2008 y de **3,36%** para el año 2009, calculado únicamente con datos del INEC y tomando en cuenta que la RMM utiliza como denominador para el cálculo los recién nacidos vivos oportunos.

Tomemos en cuenta que para el presente estudio se realizará el análisis de las muertes maternas registradas en el INEC y en el SIVE-ALERTA-MSP, relacionadas con Diagnóstico CIE 10, 003 – 008, de los años 2008, 2009 y 2010. El número total de muertes maternas registradas en ambos organismos difieren totalmente, encontrándose siempre un mayor número de muertes maternas registradas por el Sistema de Vigilancia Epidemiológica del MSP (SIVE-ALERTA-MSP) (ver tabla No. 4).

Tabla No. 4

**Número de MM registrados en el INEC y en el SIVE-ALERTA-MSP
Ecuador 2008 - 2010**

Año	Número de MM registradas en el INEC	Número de MM registradas en el SIVE-ALERTA-MSP
2008	165	196
2009	208	240
2010	*	146

** Aun no hay datos disponibles de las MM del año 2010 en el INEC*

*Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica S.I.S.V.E.N
Elaboración: Dirección Nacional de Normatización*

La diferencia del número de muertes maternas que existe entre ambos organismos es significativa, con una diferencia de 31 muertes maternas más, según cifras del MSP para el año 2008, y 32 muertes maternas más, para el año 2009. Hasta la fecha no se ha logrado consolidar la información de muertes maternas por año, entre ambos organismos: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos y el Sistema de Vigilancia Epidemiológica del MSP, con el fin de unificar el numerador y obtener una RMM más cercana a la realidad, lo cual constituye un problema importante en el análisis de la mortalidad materna en el país.

El análisis de los diagnósticos 003 a 008 según CIE 10, como causa de muerte materna se realizó con la información disponible en el Sistema de Vigilancia Epidemiológica del MSP, organismo de donde se pudo tener acceso a toda la información necesaria. Sin embargo, al final existieron casos de los que cuales no pudo obtenerse ninguna información y otros en los que no se encontró documento alguno en el nivel nacional y provincial, que los respalde.

En total se analizaron 582 casos de muerte materna, registrados en los 3 años de estudio (2008, 2009 y 2010) en el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Muerte Materna del MSP, de los cuales, de acuerdo al diagnóstico existente en las bases de datos se seleccionaron todos los casos que tenían algún diagnóstico que podría estar relacionado con aborto (ver tabla No. 5), generándose una lista de casos probables que constó de 208 muertes (ver algoritmo No. 1) y se descartaron 374 casos de muertes maternas que no estuvieron relacionados con los diagnósticos 003 – 008, según CIE 10, ni con los diagnósticos que posiblemente estarían relacionados con el aborto (ver tabla No. 5).

Tabla No. 5

Diagnósticos posiblemente relacionados con los

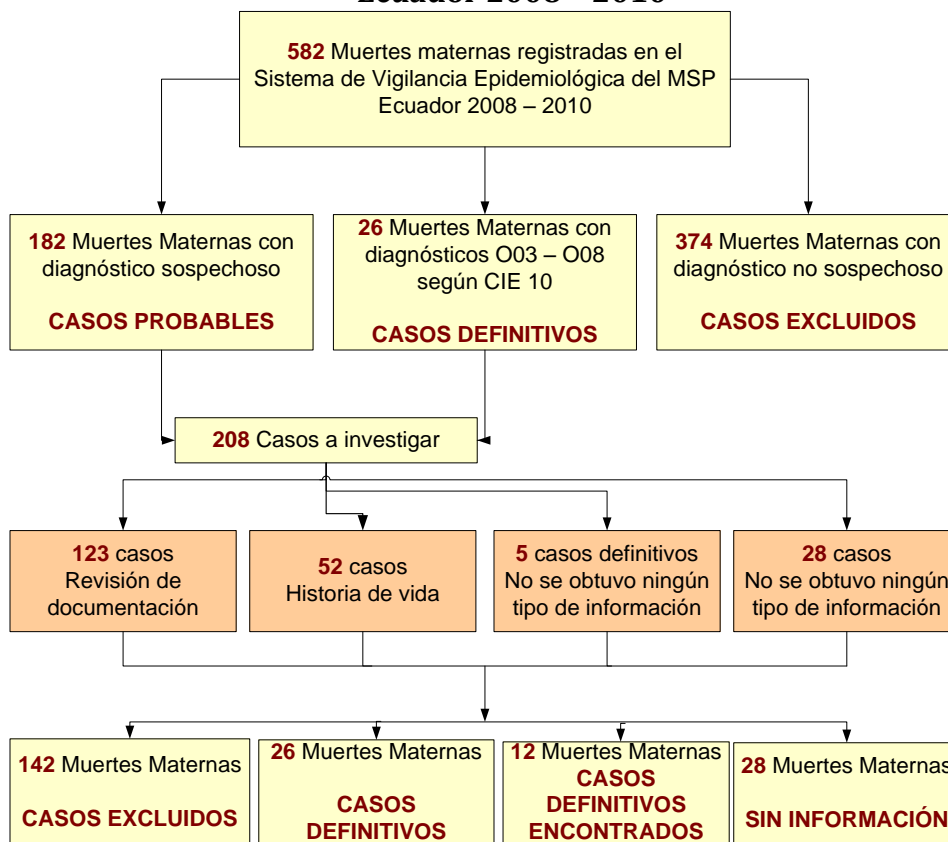
diagnósticos 003 – 008, según CIE 10
<ul style="list-style-type: none"> • Choque anestésico. • Sistema cardiovascular (choque, colapso circulatorio) • Sistema hematológico (anemia, coagulación intravascular, hemorragia) • Infecciones (choque, sepsis, peritonitis) • Metabolismo (desequilibrios electrolíticos) • Pulmonar (embolismo, insuficiencia respiratoria) • Renal (insuficiencia renal aguda, uremia) • Obstétricas y ginecológicas (infecciones, enfermedad pélvica inflamatoria, aborto, endometritis, salpingitis, ooforitis)

Fuente: Clasificación Internacional de Enfermedades versión 10.

En los 208 casos de muertes maternas, que conformaron la lista de casos probables, se realizó la búsqueda de documentos complementarios para su análisis; esto permitió la clasificación de 123 casos de los cuales se recuperó principalmente: actas de comités, formulario de Relato de vida (Historia de vida), formulario de Informe Confidencial-Revisión de Historia Clínica y actas de defunción del Registro Civil. En 52 casos no se obtuvo información que nos permita descartarlos o incluirlos en el estudio y fue necesario realizar la Historia de vida para determinar su asociación o no, con los diagnósticos 003 – 008, según CIE 10. En 5 casos, que tenían el diagnóstico inicial de aborto, no fue posible encontrar ninguna documentación, y no se pudo realizar la Historia de vida. Así mismo, en 28 casos probables, no fue posible encontrar ninguna documentación sobre la muerte materna, y por lo tanto tampoco realizar la Historia de vida, en ambas alternativas se debió a la imposibilidad de localizar el domicilio (ver algoritmo No. 1).

Algoritmo No. 1

Análisis para estimar la magnitud que los diagnósticos O03 – O08, según CIE 10, contribuyen a la problemática de la mortalidad materna Ecuador 2008 – 2010

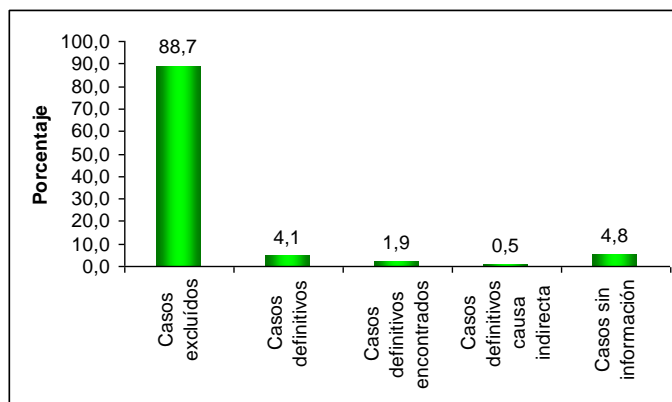


Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica S.I.S.V.E.N
Elaboración: Dirección Nacional de Normatización

Luego de aplicar la metodología propuesta (revisión de documentación y obtención de autopsia verbal), de los 208 casos a investigar: 142 casos de muerte materna fueron excluidos, 28 casos no tuvieron ninguna información por lo tanto no se los clasificó; 26 muertes maternas tuvieron desde el inicio de la investigación diagnósticos que se incluyen en los diagnósticos O03 – O08 según CIE 10, sin embargo de los 26 casos, 2 casos tuvieron como causa de muerte, causas indirectas; y 12 muertes maternas que tenían diagnóstico sospechoso, al realizar el análisis estuvieron relacionados con los diagnósticos O03 – O08 según CIE (11 casos definitivos encontrados con causas directas y 1 caso definitivo encontrado con causa de muerte indirecta).

Por lo tanto de los 582 casos iniciales que se analizaron, al sumar los resultados de las diferentes etapas, encontramos: 516 (**88,7%**) casos excluidos, 24 (**4,1%**) casos definitivos desde el inicio del estudio, 11 (**1,9%**) casos definitivos encontrados, 3 (**0,5%**) casos definitivos que tienen como causa de muerte causas indirectas; y 28 (**4,8%**) casos sin información, como se lo puede observar en el siguiente gráfico (ver gráfico No. 5).

Gráfico No. 5
Porcentaje de los casos de muerte materna relacionados o no,
con diagnósticos 003 - 008, según CIE 10.
Ecuador 2008 - 2010



Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica S.I.S.V.E.N
 Elaboración: Dirección Nacional de Normatización

Según los datos disponibles en el Sistema de Vigilancia Epidemiológica del MSP, el número total de casos que se analizaron en profundidad se los obtuvo de la suma de los casos definitivos con los casos definitivos encontrados. En estos casos de muertes maternas, los diagnósticos 003 - 008 según CIE 10, en el período 2008 al 2010, han contribuido en promedio con el **6,3%** del total de las muertes maternas registradas en el país. En la tabla No. 6, podemos observar por año el porcentaje en que las muertes relacionadas con los diagnósticos 003 - 008 según CIE 10, han contribuido al total de las muertes maternas por todas las causas.

Tabla No. 6

**Porcentaje de MM con diagnóstico 003 a 008 según CIE 10, del total de MM
Ecuador 2008 - 2010**

Año	Código CIE10	Número de MM	% de MM*
2008	003 - 008	15	7,65
2009	003 - 008	17	7,08
2010	003 - 008	6	4,11

**% de MM: porcentaje de Muertes Maternas con diagnóstico 003 a 008 según CIE 10, del total de MM por todas las causas registradas en el Sistema de Vigilancia Epidemiológica del MSP.*

Para comparar estos datos del SIVE-ALERTA-MSP con los datos disponibles en los registros oficiales del INEC, se estimó el porcentaje de contribución de los diagnósticos 003 - 008, según CIE 10, en el total de muertes maternas por todas las causas, para el año 2010, puesto que aún no se dispone de datos oficiales publicados por el INEC. La estimación se la realizó mediante un análisis de Regresión Lineal del período 2005 al 2009, que nos permite predecir cuál será el comportamiento de este indicador en el tiempo, teniendo presente que sí las condiciones que afectan el porcentaje de contribución de los diagnósticos 003 - 008, según clasificación CIE 10, en el total de muertes maternas por todas las causas, se mantiene en el tiempo, para el año 2010, el porcentaje de contribución será de **2,83%**. En la tabla No. 7 podemos observar las diferencias que existen en los datos disponibles entre los dos organismos, en el porcentaje de contribución de los diagnósticos 003 - 008, según CIE 10, en el total de muertes maternas por todas las causas. En los datos del SIVE-ALERTA-MSP, se encuentran incluidos los casos sub-registrados que se encontraron en el presente estudio, en consecuencia los porcentajes son mayores en los datos que se obtienen del Sistema de Vigilancia Epidemiológica del MSP que en los del INEC.

Tabla No. 7

Porcentaje de MM con diagnóstico 003 a 008 según CIE 10, del total de MM, según cifras oficiales del INEC y del SIVE-ALERTA-MSP

Ecuador 2008 – 2010

Año	Código CIE10	% de MM, INEC*	% de MM, SIVE-ALERTA**
2008	003 – 008	6,67%	7,65%
2009	003 – 008	3,36%	7,08%
2010	003 – 008	2,83%***	4,11%

**% de MM INEC: porcentaje de Muertes Maternas con diagnóstico 003 a 008 según CIE 10, del total de MM por todas las causas registradas en el INEC.*

***% de MM SIVE-ALERTA: porcentaje de Muertes Maternas con diagnóstico 003 a 008 según CIE 10, del total de MM por todas las causas registradas en el Sistema de Vigilancia Epidemiológica del MSP.*

****2,83%: valor estimado mediante análisis de Regresión Lineal.*

Análisis del sub-registro de los diagnósticos 003 – 008, según clasificación CIE 10, en el Ecuador en el período 2008 – 2010

Los datos encontrados en el presente estudio, demuestran el incremento del sub-registro de los diagnósticos 003 a 008 según clasificación CIE 10, como causa de muerte materna, en el período 2008 - 2010. En promedio en éste período encontramos un **32%** de sub-registro de estas enfermedades. Al analizar por año a nivel nacional, encontramos un sub-registro del **15%, 38% y 50%** para los años 2008, 2009 y 2010 respectivamente (ver tabla No. 8 y gráfico No. 6). Este análisis se lo realizó tomando en cuenta los 35 casos encontrados de **m**uertes **m**aternas por causas directas de diagnósticos 003 – 008, según CIE 10; no se tomó en cuenta los 3 casos definitivos con causas indirectas.

Tabla No. 8

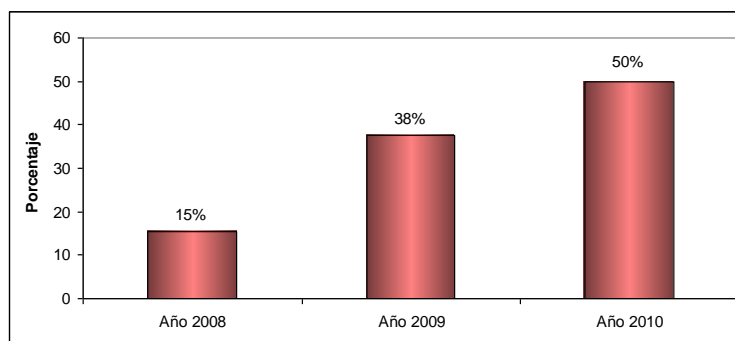
Porcentaje de sub registro de Mortalidad Materna por diagnóstico 003 a 008 según CIE 10 Ecuador 2008 – 2010

	Año	Año	Año	Total

	2008	2009	2010	
Muertes Maternas por diagnóstico 003 - 008 según CIE 10 encontradas para este estudio	13	16	6	35
Muertes Maternas por diagnóstico 003 - 008 según CIE 10 reportadas al SIVE-ALERTA-MSP	11	10	3	24
	15%	38%	50%	32%

*Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica S.I.S.V.E.N
Elaboración: Dirección Nacional de Normatización*

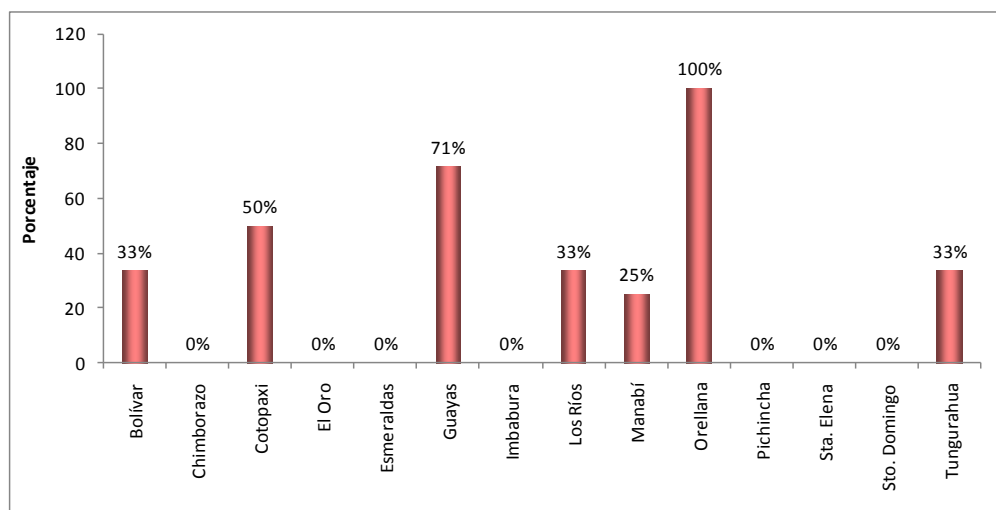
Gráfico No. 6
Porcentaje de sub registro de Mortalidad Materna por diagnóstico 003 a 008 según CIE 10 Ecuador 2008 - 2010



Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica S.I.S.V.E.N
Elaboración: Dirección Nacional de Normatización

De las 24 provincias del país, 14 provincias notificaron casos de muertes maternas por diagnósticos 003 - 008, según CIE 10. El sub-registro encontrado en estas provincias es mayor en las provincias de Orellana con el **100%** de sub-registro, le sigue Guayas con el **71%** y Cotopaxi con el **50%** de sub-registro. El resto de provincias tienen un sub-registro por debajo del **50%** (ver gráfico No. 7).

Gráfico No. 7
Porcentaje de sub registro de Mortalidad Materna por diagnóstico 003 a 008 según CIE 10, por provincias Ecuador 2008 - 2010



Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica S.I.S.V.E.N
 Elaboración: Dirección Nacional de Normatización

Análisis de los casos con diagnóstico 003 – 008, según CIE 10, como causa de muerte materna en el Ecuador en el período 2008 – 2010.

Del análisis de las 582 muertes maternas registradas en el Sistema de Vigilancia Epidemiológica del MSP, durante los años 2008 al 2010, se encontraron: 26 muertes maternas que constan en las bases de datos registradas con diagnósticos de causa de muerte, patologías que se encuentran incluidas en los diagnósticos 003 – 008, según CIE 10. Al realizar el análisis de estos casos, se encontró que dos del número total de casos cursaron con aborto pero además tuvieron otras causas de muerte. En un caso se trató de un evento cerebro vascular, y el otro caso falleció por complicaciones tras una cirugía por patología digestiva. Por lo tanto estos dos casos a pesar de tener diagnósticos que están incluidos en los diagnósticos 003 – 008, según CIE 10, tuvieron causas de muerte indirectas, y no fueron tomados en cuenta para el análisis final.

Del listado de casos probables, que tenían registrados diagnósticos, que podrían estar asociados a los diagnósticos 003 – 008, según CIE 10, se encontraron 12 muertes maternas que tuvieron como causa básica de muerte diagnósticos 003 – 008, según CIE 10. Sin embargo, un caso que curso con aborto, presentó concomitantemente

pancreatitis necro hemorrágica razón a la que se le atribuye la muerte, a ésta se le clasificó como causa indirecta, dando un total de 11 casos definitivos encontrados, como se puede observar en la siguiente tabla:

Tabla de Casos definitivos encontrados, con diagnóstico 003 – 008 según clasificación CIE 10

No. de caso	Edad	Causa básica de la muerte (Diagnóstico reportado en los archivos del SIVE-ALERTA-MSP)	Autopsias Verbales (Información relevante recolectada)	Diagnóstico según clasificación CIE 10
1	34	Shock séptico	Aborto séptico	008.3
2	28	Hemorragia sepsis	Aborto séptico	008.3
3	20	Sepsis	Aborto séptico	008.3
4	28	Sepsis	Aborto séptico	008.3
5	34	Anemia aguda + shock hipovolémico + cardiopata	Aborto incompleto	008.1
6	30	Sepsis	Aborto y ruptura uterina	008.9
7	35	Atonía uterina	Aborto espontáneo	008.1
8	30	Ruptura uterina	Aborto espontáneo	008.3
9	16	Sepsis puerperal	Aborto séptico	008.3
10	22	Sepsis puerperal	Aborto séptico	008.3
11	28	Diabetes no controlada más shock séptico	Aborto séptico	008.3

*Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica S.I.S.V.E.N
Elaboración: Dirección Nacional de Normatización*

Se encontraron dos casos de muerte materna, cuyo diagnóstico en la casa de salud no coincidía con la sintomatología que presentaron las pacientes, y la institución de salud certificó un diagnóstico que no estaba relacionado con las muertes maternas; sin embargo el relato de vida fue indispensable para esclarecer el diagnóstico, mediante el cual se pudo determinar que la causa de la muerte estuvo relacionada con aborto en los dos casos.

Las muertes maternas por diagnóstico 003 – 008, según CIE 10, encontradas para el presente estudio, en el período 2008 – 2010 en el Ecuador, suman un total de 35 casos (24 casos definitivos más 11 casos definitivos encontrados), de las cuales se establecieron los siguientes hallazgos:

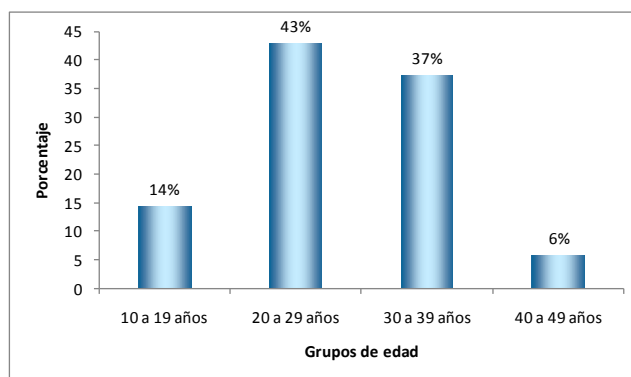
El grupo de edad en la que se produjo el mayor porcentaje de muertes por diagnósticos 003 – 008, según CIE 10, como causa de muerte materna fue el comprendido entre 20 a 29 años de edad con el **43%**, le sigue el grupo de edad de 30 a 39 años con el **37%**, en menos porcentaje están los extremos del período en edad fértil (ver tabla No. 9 y gráfico No. 8)

Tabla No. 9
Porcentaje de Muertes Maternas con diagnóstico 003 a 008 según CIE 10, de acuerdo a grupos de edad Ecuador 2008 – 2010

Grupos de edad	No.	%
10 a 19 años	5	14
20 a 29 años	15	43
30 a 39 años	13	37
40 a 49 años	2	6
Total	35	100

Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica S.I.S.V.E.N
Elaboración: Dirección Nacional de Normatización

Gráfico No. 8
Porcentaje de Muertes Maternas con diagnóstico 003 a 008 según CIE 10, de acuerdo a grupos de edad Ecuador 2008 – 2010



Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica S.I.S.V.E.N
Elaboración: Dirección Nacional de Normatización

El estado civil de las mujeres fallecidas por diagnósticos 003 – 008, según CIE 10, como causa de muerte materna, corresponde en mayor porcentaje a casadas (37%) y 31% corresponde al estado de unión libre. Resta un 14% de casos sin dato, que corresponde a los 5 casos definitivos que no se encontró ningún tipo de información de la ocurrencia de las muertes, ni direcciones domiciliarias que nos orienten para realizar el relato o historia de vida (ver tabla No. 10 y gráfico No. 9).

Tabla No. 10

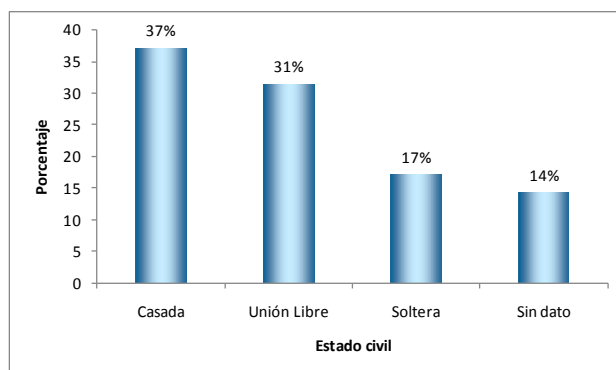
Porcentaje de Muertes Maternas con diagnóstico 003 a 008 según CIE 10, de acuerdo al estado civil Ecuador 2008 - 2010

Estado civil	No.	%
Casada	13	37
Unión Libre	11	31
Soltera	6	17
Sin dato	5	14
Total	35	100

*Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica S.I.S.V.E.N
Elaboración: Dirección Nacional de Normatización*

Gráfico No. 9

Porcentaje de Muertes Maternas con diagnóstico 003 a 008 según CIE 10, de acuerdo al estado civil Ecuador 2008 - 2010



Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica S.I.S.V.E.N
Elaboración: Dirección Nacional de Normatización

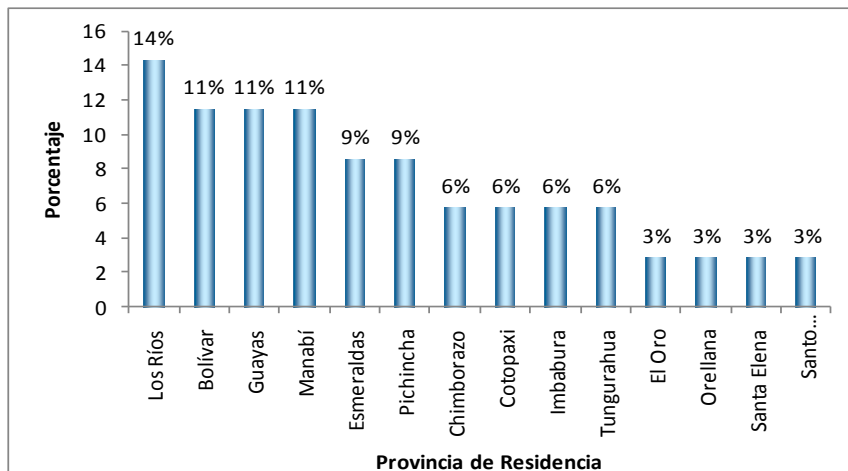
De acuerdo al lugar de residencia, el mayor porcentaje de muertes maternas por diagnósticos 003 – 008, según CIE 10, como causa de muerte materna, procede de las provincias de: Los Ríos con el **14%**, le siguen las provincias de Bolívar, Guayas y Manabí con el **11%** cada una de ellas (ver tabla No. 11, gráfico No. 10 y mapa No. 1).

Tabla No. 11. Porcentaje de Muertes Maternas con diagnóstico 003 a 008 según CIE 10, de acuerdo a la provincia de residencia

Ecuador 2008 – 2010		
Provincia de residencia	No.	%
Los Ríos	5	14
Bolívar	4	11
Guayas	4	11
Manabí	4	11
Esmeraldas	3	9
Pichincha	3	9
Chimborazo	2	6
Cotopaxi	2	6
Imbabura	2	6
Tungurahua	2	6
El Oro	1	3
Orellana	1	3
Santa Elena	1	3
Santo Domingo	1	3
Total	35	100

Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica S.I.S.V.E.N
Elaboración: Dirección Nacional de Normatización

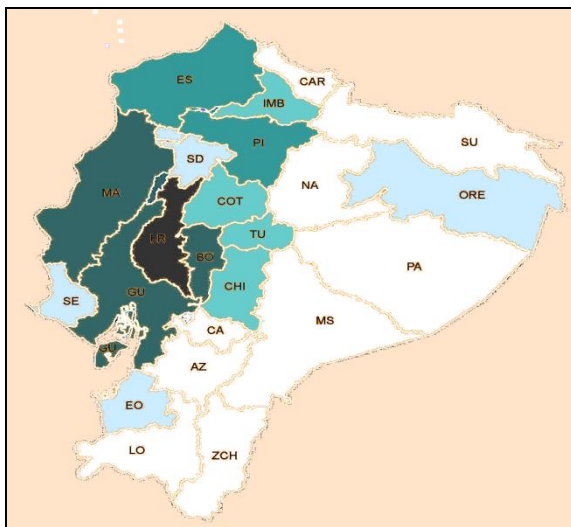
Gráfico No. 10
Porcentaje de Muertes Maternas con diagnóstico 003 a 008 según CIE 10, de acuerdo a la provincia de residencia
Ecuador 2008 – 2010



Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica S.I.S.V.E.N
 Elaboración: Dirección Nacional de Normatización

Mapa No.1

Muertes maternas según provincia de residencia



Mas de 5 casos	Dark Blue
4 casos	Medium Blue
3 casos	Light Blue
2 casos	Very Light Blue
1 caso	White
0 casos	White

Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica S.I.S.V.E.N
 Elaboración: Dirección Nacional de Normatización

El lugar de ocurrencia de la muerte, difiere del lugar de residencia. Así tenemos que el mayor porcentaje de muertes maternas por diagnósticos 003 – 008, según CIE

10, como causa de muerte materna, ocurrió en la provincia de **Guayas con el 20%**, le siguen las provincias de **Los Ríos, Manabí y Pichincha con el 11%** cada una de ellas (ver tabla No. 12 y gráfico No. 11, mapa No. 2). Esto se da principalmente por la referencia de las pacientes a unidades de salud de mayor complejidad en donde mueren. Guayas por ejemplo, notifica muertes de mujeres procedentes principalmente de las provincias de Los Ríos y Chimborazo.

Tabla No. 12

Porcentaje de Muertes Maternas con diagnóstico 003 a 008 según CIE 10, de acuerdo a la provincia de ocurrencia de la muerte Ecuador 2008 - 2010

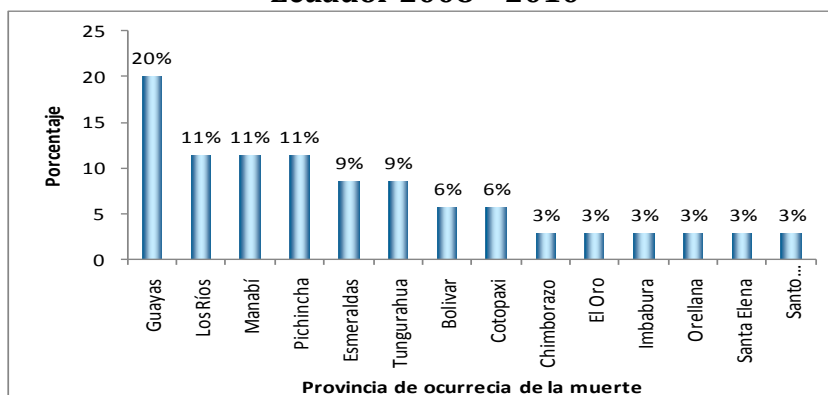
Provincia de ocurrencia de muerte	No.	%
Guayas	7	20
Los Ríos	4	11
Manabí	4	11
Pichincha	4	11
Esmeraldas	3	9
Tungurahua	3	9
Bolívar	2	6
Cotopaxi	2	6
Chimborazo	1	3
El Oro	1	3
Imbabura	1	3
Orellana	1	3
Santa Elena	1	3
Santo Domingo	1	3
Total	35	100

Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica S.I.S.V.E.N

Elaboración: Dirección Nacional de Normatización

Gráfico No. 11

Porcentaje de Muertes Maternas con diagnóstico O03 a O08 según CIE 10, de acuerdo a la provincia de ocurrencia de la muerte Ecuador 2008 - 2010

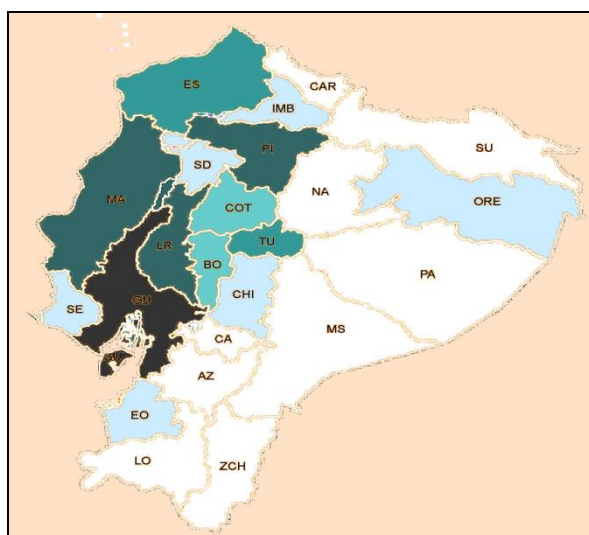


Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica S.I.S.V.E.N

Elaboración: Dirección Nacional de Normatización

Mapa No. 2

Muertes maternas según provincia de ocurrencia del fallecimiento



Mas de 5 casos	
4 casos	
3 casos	
2 casos	
1 caso	
0 casos	

Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica S.I.S.V.E.N

Elaboración: Dirección Nacional de Normatización

El lugar donde ocurrió la muerte es una variable, que resulta muy importante analizarlo, ya que de los 35 casos por diagnósticos 003 – 008, según CIE 10, como causa de muerte materna, el mayor porcentaje ocurrió en un Hospital General (**31%**), en menor porcentaje ocurrió en un Hospital Especializado (**17%**), le siguen lugares como: Domicilio, Hospital de Especialidades (ver tabla No. 13 y gráfico No. 12).

Tabla No. 13

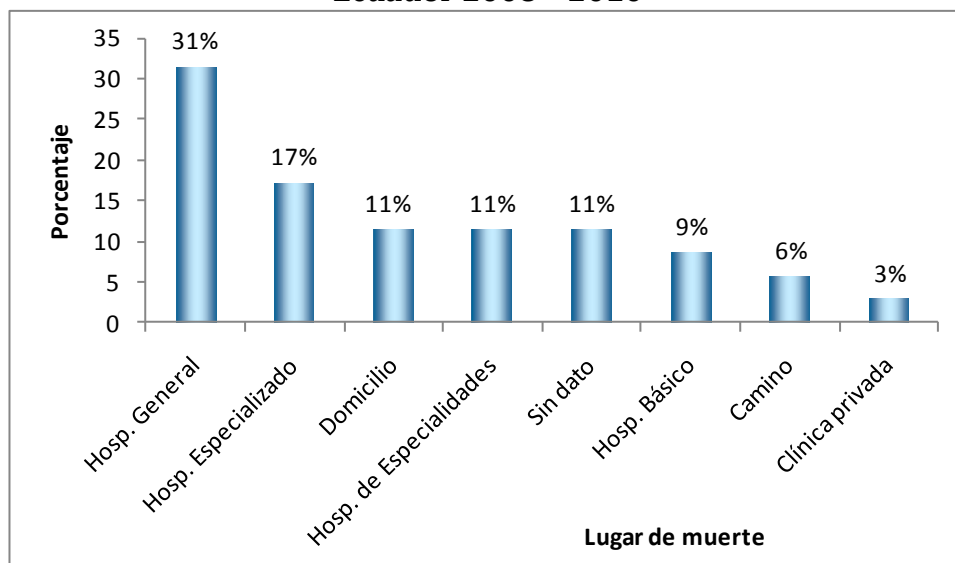
Porcentaje de Muertes Maternas con diagnóstico 003 a 008 según CIE 10, de acuerdo al Lugar de fallecimiento Ecuador 2008 – 2010

Lugar de muerte	No.	%
Hosp. General	11	31
Hosp. Especializado	6	17
Domicilio	4	11
Hosp. de Especialidades	4	11
Sin dato	4	11
Hosp. Básico	3	9
Camino	2	6
Clínica privada	1	3
Total	35	100

Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica S.I.S.V.E.N

Elaboración: Dirección Nacional de Normatización

Gráfico No. 12
Porcentaje de Muertes Maternas con diagnóstico 003 a 008 según CIE 10, de acuerdo al Lugar de fallecimiento
Ecuador 2008 - 2010



Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica S.I.S.V.E.N
 Elaboración: Dirección Nacional de Normatización

Con respecto a los antecedentes gineco-obstétricos, de las muertes por diagnósticos 003 – 008, según CIE 10, como causa de muerte materna, observamos que solo un **17%** de las mujeres son primigestas, el **20%** secundigestas y el **63%** han tenido más de tres embarazos, como lo podemos observar en la tabla No. 14 y en el gráfico No. 13.

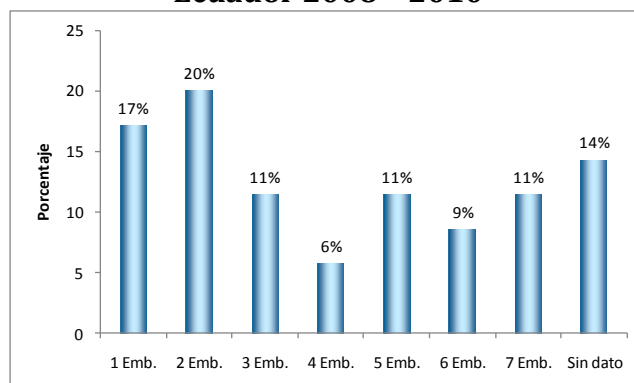
Tabla No. 14
Porcentaje de Muertes Maternas con diagnóstico 003 a 008 según CIE 10, de acuerdo al No. de embarazos
Ecuador 2008 - 2010

No. De embarazos	No.	%
1 Emb.	6	17
2 Emb.	7	20
3 Emb.	4	11
4 Emb.	2	6
5 Emb.	4	11
6 Emb.	3	9

7 Emb.	4	11
Sin dato	5	14
Total	35	100

Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica S.I.S.V.E.N
 Elaboración: Dirección Nacional de Normatización

Gráfico No. 13
Porcentaje de Muertes Maternas con diagnóstico 003 a 008 según CIE 10, de acuerdo al No. de embarazos Ecuador 2008 - 2010



Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica S.I.S.V.E.N
 Elaboración: Dirección Nacional de Normatización

Según los meses de presentación de las muertes maternas por diagnósticos 003 – 008, según CIE 10, en el transcurso del año, podemos hacer dos análisis: el primero realizando un acumulado de los casos de los tres años (2008 al 2010) por meses, en donde se observa que en todos los meses del año han ocurrido casos, excepto en el mes de diciembre, y en el mes de febrero se presentaron el mayor número de casos (**26%**) (Ver tabla No. 15 y gráfico No. 14). El segundo análisis, es observar como se han presentado estos casos por mes en el transcurso de cada año (ver gráfico No. 15), aquí se identifica que a inicios del año 2008 y durante todo el año 2009, se presentaron el mayor número de muertes maternas por diagnósticos 003 – 008, según CIE 10.

Tabla No. 15

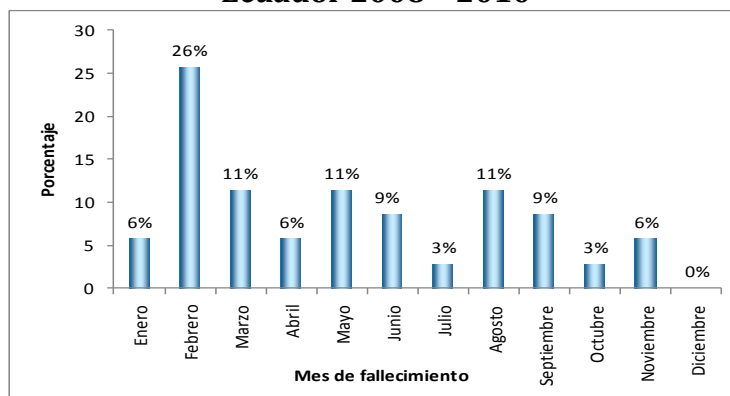
**Porcentaje de Muertes Maternas con diagnóstico 003 a 008 según CIE 10, de acuerdo al mes de presentación
Ecuador 2008 - 2010**

Mes de fallecimiento	No.	%
Enero	2	6
Febrero	9	26
Marzo	4	11
Abril	2	6
Mayo	4	11
Junio	3	9
Julio	1	3
Agosto	4	11
Septiembre	3	9
Octubre	1	3
Noviembre	2	6
Diciembre	0	0
Total	35	100

*Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica S.I.S.V.E.N
Elaboración: Dirección Nacional de Normatización*

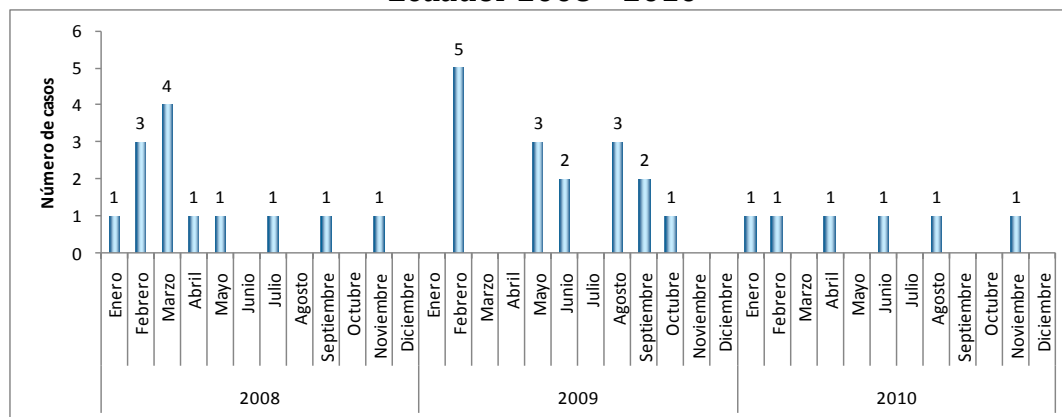
Gráfico No. 14

**Porcentaje de Muertes Maternas con diagnóstico 003 a 008 según CIE 10, de acuerdo al mes de presentación
Ecuador 2008 - 2010**



*Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica S.I.S.V.E.N
Elaboración: Dirección Nacional de Normatización*

Gráfico No. 15
Porcentaje de Muertes Maternas con diagnóstico O03 a O08 según CIE 10, de
acuerdo al mes y año de presentación
Ecuador 2008 - 2010



Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica S.I.S.V.E.N
 Elaboración: Dirección Nacional de Normatización

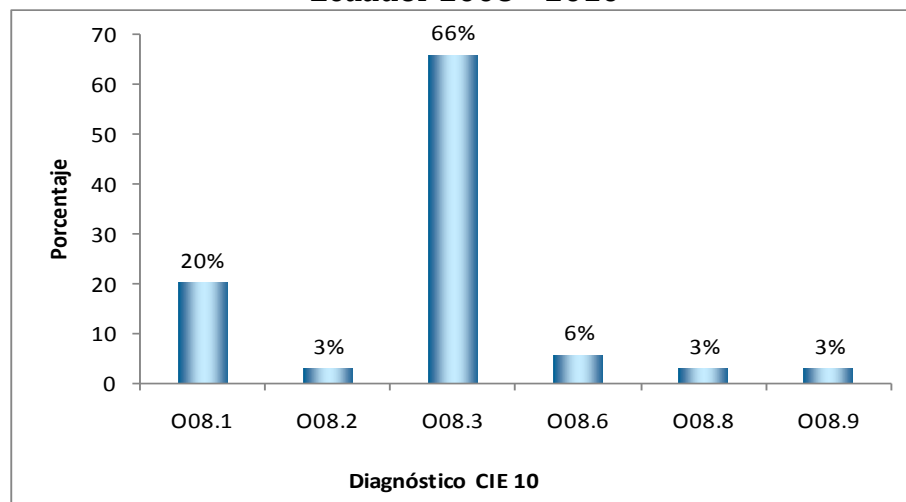
Al realizar una nueva clasificación de los diagnósticos reportados en el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Muerte Materna del MSP, según la metodología de clasificación CIE 10, encontramos que el 100% de los casos se agrupan en el diagnóstico: Complicaciones consecutivas al aborto, al embarazo ectópico y el embarazo molar, Cód. CIE 10: O08. Dentro de éste encontramos diversos tipos de complicaciones como lo podemos observar en la tabla y gráfico No. 16. El mayor porcentaje de casos (**66%**) corresponden al diagnóstico *Choque consecutivo al aborto, al embarazo ectópico y al embarazo molar*, Cód. CIE 10: O08.3, como causa de muerte; le sigue con un **20%** el diagnóstico de *Hemorragia excesiva o tardía consecutiva al aborto, al embarazo ectópico y al embarazo molar*, Cód. CIE 10: O08.1.

Tabla No. 16
Porcentaje de Muertes Maternas relacionadas con aborto,
según clasificación CIE 10
Ecuador 2008 - 2010

Diagnóstico CIE 10	Cód CIE 10	No.	%
Hemorragia excesiva o tardía consecutiva al aborto, al embarazo ectópico y al embarazo molar	008.1	7	20
Embolia consecutiva al aborto, al embarazo ectópico y al embarazo molar	008.2	1	3
Choque consecutivo al aborto, al embarazo ectópico y al embarazo molar	008.3	23	66
Lesión de órganos o tejidos de la pelvis consecutivo al aborto, al embarazo ectópico y al embarazo	008.6	2	6
Otras complicaciones consecutivas al aborto, al embarazo ectópico y al embarazo molar	008.8	1	3
Complicación no especificada consecutiva al aborto, al embarazo ectópico y al embarazo molar	008.9	1	3
Total		35	100

Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica S.I.S.V.E.N
Elaboración: Dirección Nacional de Normatización

Gráfico No. 16
Porcentaje de Muertes Maternas relacionadas con aborto,
según clasificación CIE 10
Ecuador 2008 - 2010



Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica S.I.S.V.E.N

Elaboración: Dirección Nacional de Normatización

De acuerdo a la terminación espontánea o provocada del embarazo, de las muertes motivo del estudio, se realizó el análisis clasificándoles en aborto espontáneo o inducido. Los hallazgos fueron: **60%** de abortos espontáneos y **23%** de abortos inducidos. Además se realizó el análisis del porcentaje de abortos sépticos en los 35 casos analizados, encontrando un elevado porcentaje, del **74%** de casos que tuvieron aborto séptico (ver tabla y gráfico No. 17).

Tabla No. 17

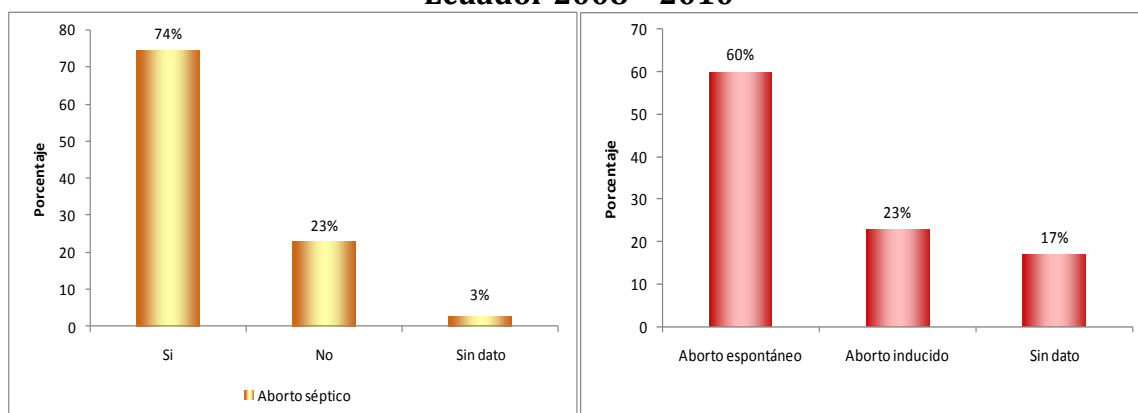
**Muertes Maternas con diagnóstico 003 a 008 (Cód. CIE 10), según sea: aborto espontáneo, inducido o séptico
Ecuador 2008 - 2010**

Clasificación de aborto	Porcentaje	
	No.	%
Aborto espontáneo	21	60
Aborto inducido	8	23
Aborto séptico	26	74
Sin dato		17

Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica S.I.S.V.E.N
Elaboración: Dirección Nacional de Normatización

Gráfico No. 17

**Muertes Maternas con diagnóstico 003 a 008 (Cód. CIE 10), según sea: aborto espontáneo, inducido o séptico
Ecuador 2008 - 2010**



Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica S.I.S.V.E.N
Elaboración: Dirección Nacional de Normatización

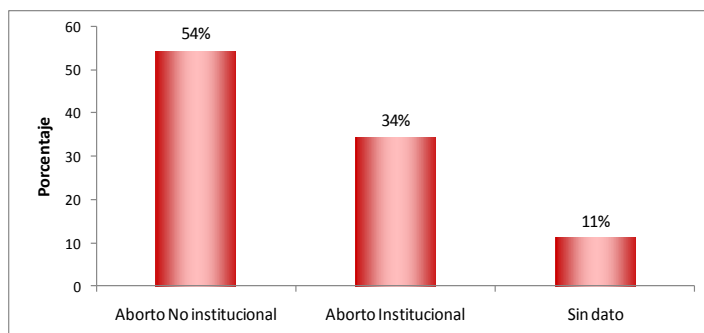
También se realizaron otras clasificaciones del tipo de aborto: en aborto complicado, no complicado, no institucional (en condiciones no adecuadas) e institucional (realizado en condiciones seguras). En la tabla y gráfico No. 18, se puede observar los resultados. Los hallazgos más sobresalientes son: el **100%** de los abortos fueron complicados, el **54%** de los abortos fueron no institucionales y el **34%** de los abortos fueron institucionales.

Tabla No. 18
Muertes Maternas con diagnóstico 003 a 008 (Cód. CIE 10), según sea:
complicado, no complicado, institucional y no institucional
Ecuador 2008 - 2010

Clasificación de aborto	Porcentaje	
	No.	%
Aborto complicado	35	100
Aborto no complicado	0	0
Aborto no institucional	19	54
Aborto Institucional	12	34
Sin dato	4	11

Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica S.I.S.V.E.N
 Elaboración: Dirección Nacional de Normatización

Gráfico No. 18
Muertes Maternas con diagnóstico 003 a 008 (Cód. CIE 10), según sea: aborto
institucional y no institucional
Ecuador 2008 - 2010



Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica S.I.S.V.E.N
 Elaboración: Dirección Nacional de Normatización

Análisis de aborto espontáneo o inducido

El aborto espontáneo en los casos analizados en el presente estudio, está en mayor porcentaje en los grupos de edad de 30 a 39 años con un **43%**, le sigue el grupo de edad de 20 a 29 años con un **38%**. Ver tabla y gráfico No. 19.

Tabla No.19

Muertes Maternas analizadas según su origen: espontáneo o inducido Ecuador 2008 - 2010

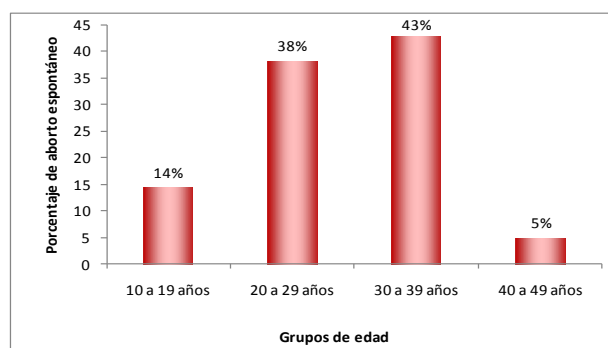
Grupos de edad	Aborto espontáneo	
	No.	%
10 a 19 años	3	14
20 a 29 años	8	38
30 a 39 años	9	43
40 a 49 años	1	5
Total	21	100

Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica S.I.S.V.E.N

Elaboración: Dirección Nacional de Normatización

Gráfico No. 19

Muerte Materna por aborto espontáneo Ecuador 2008 -2010



Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica S.I.S.V.E.N

Elaboración: Dirección Nacional de Normatización

El aborto inducido en los casos analizados en el presente estudio, está en mayor porcentaje en los grupos de edad de 20 a 29 años con un **63%**, le sigue el grupo de edad de 10 a 19 años con un **25%**. Ver tabla y gráfico No. 20

Tabla No. 20

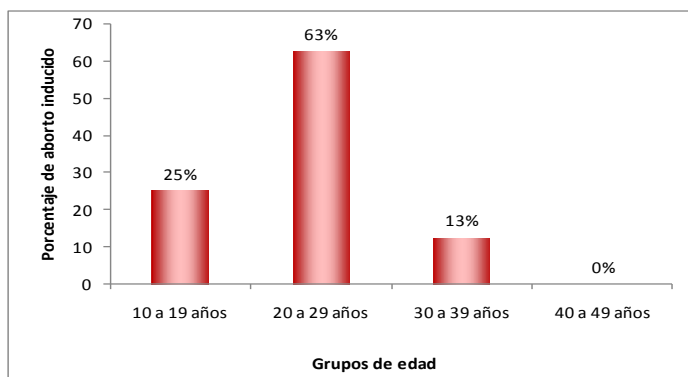
**Muerte materna según su origen: aborto espontáneo o inducido
Ecuador 2008 - 2010**

Grupos de edad	Aborto inducido	
	No.	%
10 a 19 años	2	25
20 a 29 años	5	63
30 a 39 años	1	13
40 a 49 años	0	0
Total	8	100

*Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica S.I.S.V.E.N
Elaboración: Dirección Nacional de Normatización*

Gráfico No. 20

**Muerte Materna por aborto inducido
Ecuador 2008 - 2010**



*Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica S.I.S.V.E.N
Elaboración: Dirección Nacional de Normatización*

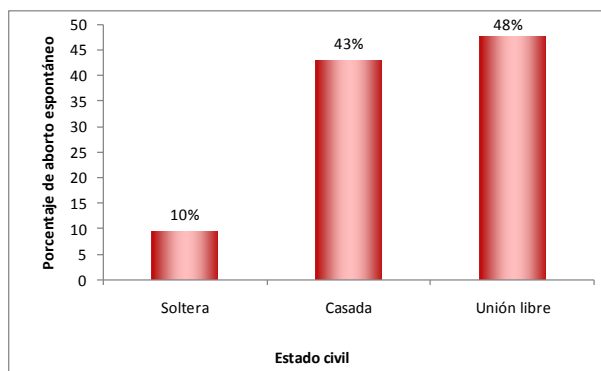
El aborto espontáneo en los casos analizados en el presente estudio, está en mayor porcentaje en las mujeres con estado civil Unión libre con un **48%**, le sigue el grupo de casadas con un **43%**. Ver tabla y gráfico No. 21

Tabla No.21
Muerte materna por aborto espontáneo en relación al estado civil
Ecuador 2008 - 2010

Estado civil	Aborto espontáneo	
	No.	%
Soltera	2	10
Casada	9	43
Unión libre	10	48
Total	21	100

Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica S.I.S.V.E.N
Elaboración: Dirección Nacional de Normatización

Gráfico No. 21
Muerte materna en aborto espontáneo en relación al estado civil
Ecuador 2008 - 2010



Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica S.I.S.V.E.N
Elaboración: Dirección Nacional de Normatización

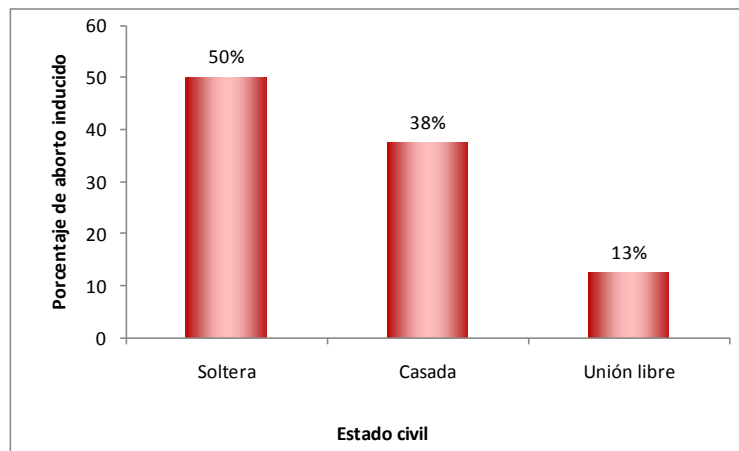
El aborto inducido en los casos analizados en el presente estudio, está en mayor porcentaje en las mujeres solteras con un **50%**, le sigue el grupo de casadas con un **38%**. Ver tabla y gráfico No. 22

Tabla No. 22
Muerte materna en aborto inducido en relación al estado civil
Ecuador 2008 - 2010

Estado civil	Aborto inducido	
	No.	%
Soltera	4	50
Casada	3	38
Unión libre	1	13
Total	8	100

Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica S.I.S.V.E.N
Elaboración: Dirección Nacional de Normatización

Gráfico No. 22
Muerte materna por aborto inducido en relación al estado civil
Ecuador 2008 - 2010



Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica S.I.S.V.E.N
Elaboración: Dirección Nacional de Normatización

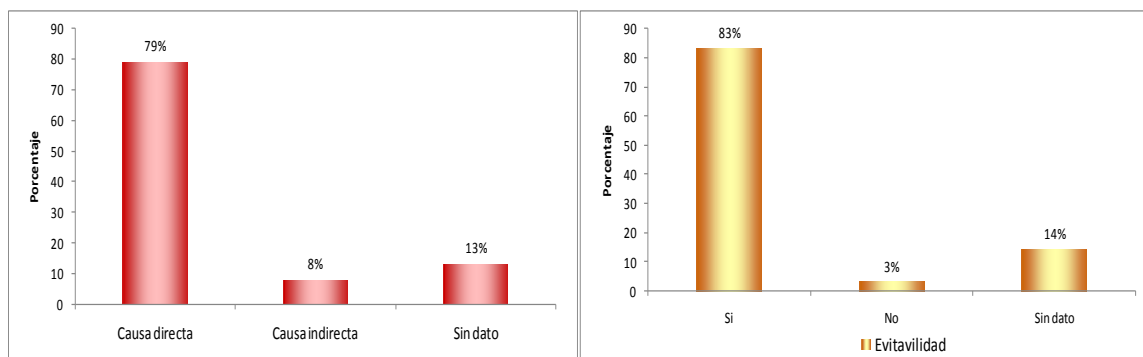
Al realizar el análisis de las 35 muertes de las mujeres en período de embarazo, que se hubiese podido evitar si se hubiera tomado la decisión oportuna de acudir a los servicios de salud a tiempo o haber recibido atención pertinente y adecuada, se encontró que el **83%** de las muertes fueron evitables, teniendo presente que el **14%** no tienen dato. Igualmente en cuanto al tipo de causa directa o indirecta que provocó la muerte, el **79%** correspondieron a causas directas relacionadas con los diagnósticos 003 – 008, según CIE 10, y **8%** a causa indirecta; así mismo de la misma el **13%** no se obtuvo información (ver tabla y gráfico No. 23).

Tabla No. 23
Muertes Maternas con diagnóstico 003 a 008 (Cód. CIE 10), según tipo de causa y evitabilidad
Ecuador 2008 – 2010

Característica	Si		No		Sin dato	
	No.	%	No.	%	No.	%
Causa Directa	30	79	0	0	5	13
Causa Indirecta	3	8	0	0		
Evitabilidad	29	83	1	3	5	14

Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica S.I.S.V.E.N
Elaboración: Dirección Nacional de Normatización

Gráfico No. 23
Muertes Maternas con diagnóstico 003 a 008 (Cód. CIE 10), según tipo de causa
y evitabilidad
Ecuador 2008 – 2010



Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica S.I.S.V.E.N
 Elaboración: Dirección Nacional de Normatización

Teniendo presente que para reducir las muertes maternas, no es suficiente que los servicios de salud funcionen eficientemente, ya que las mujeres enfrentan una serie de barreras para poder acceder a ellos y utilizarlos; se identificaron las tres demoras que existieron en los casos analizados en el presente estudio. Los hallazgos fueron: **el 66%** de los casos tuvieron demora en tomar la decisión de buscar ayuda (**Demora tipo 1**), **el 3%** tuvieron demora en llegar a la institución de atención (**Demora tipo 2**) y **el 51%** tuvieron demora en recibir el tratamiento adecuado en la institución (**Demora tipo 3**). Por lo tanto los porcentajes más altos se encontraron en la demora tipo 1 y 3 casos (ver tabla y gráfico No. 24). Es importante señalar que **algunas** pacientes presentaron dos tipos de demoras a la vez y además no hubo acceso al dato del 14% de muertes.

Tabla No. 24

Muertes Maternas con diagnóstico 003 a 008 (Cód. CIE 10), según tipo de demora Ecuador 2008 - 2010

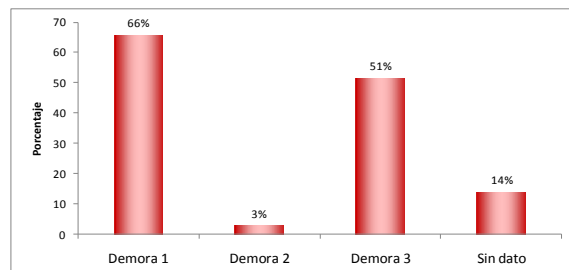
Tipo de demora	Si		No		Sin dato	
	No.	%	No.	%	No.	%
Demora 1	23	66	7	20	5	14
Demora 2	1	3	29	83	5	14
Demora 3	18	51	12	34	5	14

Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica S.I.S.V.E.N

Elaboración: Dirección Nacional de Normatización

Gráfico No. 24

Muertes Maternas con diagnóstico 003 a 008 (Cód. CIE 10), según tipo de demora Ecuador 2008 - 2010



Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica S.I.S.V.E.N

Elaboración: Dirección Nacional de Normatización

La violencia fue una variable muy importante al analizar las muertes maternas del estudio, los resultados fueron: el **9%** de los casos fueron sometidos a algún tipo de violencia, de los cuales el **6%** corresponde a algún tipo de violencia de género, que estuvo asociada principalmente con violencia psicológica relacionada con discriminación y desigualdad que podría estar asociada indirectamente a la decisión de inducirse el aborto. Y un caso fue de violencia en la pareja, el cual se reportó como violencia física del conviviente a la mujer y que fue la causa directa del aborto y las complicaciones posteriores fueron la causa directa de la muerte de la mujer. En el **91%** de los casos no existió información sobre violencia (ver tabla y gráfico No. 25).

Tabla No. 25

**Porcentaje de Muertes Maternas con diagnóstico 003 a 008 (Cód. CIE 10)
asociados a violencia
Ecuador 2008 - 2010**

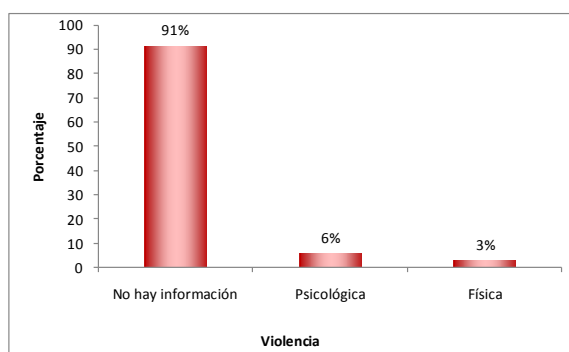
Violencia	No.	%
No se reporta	32	91
Psicológica	2	6
Física	1	3
Total	35	100

Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica S.I.S.V.E.N

Elaboración: Dirección Nacional de Normatización

Gráfico No. 25

**Porcentaje de Muertes Maternas con diagnóstico 003 a 008 (Cód. CIE 10)
asociados a violencia**



Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica S.I.S.V.E.N

Elaboración: Dirección Nacional de Normatización

Como podemos observar, el aborto es una condición asociada a todo tipo de problemática social, una vez terminada la investigación, es primordial reflexionar acerca de las historias que se tejen alrededor de mujeres que de una o de otra forma reflejan las deficiencias de un sistema de salud que no ofrece aún las condiciones idóneas para el ejercicio pleno de los derechos en lo que a salud respecta. Finalmente, se expone una breve reseña de algunos tristes relatos de casos que fueron descubiertos durante el desarrollo de este estudio como testimonio silencioso de realidades que pueden ser diferentes para aquellas mujeres que acudan en busca de una verdadera atención de calidad en nuestros servicios públicos de salud.

Caso 1. Los padres no sabían del embarazo, la fallecida ocultó el embarazo a los familiares y al personal de salud, sin permitir que le ayuden. Le encontraron astillas en la cavidad uterina.

Caso 2. El legrado clandestino fue autorizado por la familia, la fallecida ingirió misoprostol por vía oral.

Caso 3. Fue transferida a varias unidades de salud.

Caso 4. Su pareja le pidió que aborte y la agredió físicamente, luego la partera le dio a tomar aguas. El informe estadístico de defunción fue expedido por un médico donde señala: causa básica de muerte: Ca Uterino y anemia.

Caso 5. Es llevada a la partera quien la manipula y le produce ruptura uterina con una manguera.

Caso 6. Era una prostituta que mencionaba su deseo de querer morir, los familiares solicitan el alta para trasladarla a su domicilio, solamente mencionaban que era por falta de recursos económicos.

Caso 7. Paciente niega el embarazo, toma bebidas abortivas, acude al hospital, pero nunca regresó.

Caso 8. No se consiguió sangre en la unidad de salud, y el personal de salud no autorizó la transfusión de tipo de sangre universal que podía ser transfundida.

Caso 9. Le dieron el alta después de que le hicieron el legrado, 48 horas después falleció en el domicilio, pero nunca le dijeron que requería que le transfundan sangre, a pesar de que la necesitaba.

Caso 10. No le recibieron en la Maternidad, es transferida a otra casa de salud, donde la transfieren nuevamente a la Maternidad, muere en el trayecto.

Caso 11. Acudió varias veces hacerse atender en las unidades de salud, solo le enviaban tratamientos ambulatorios, luego se complicó.

Caso 12. La fallecida abandona a su esposo y tres hijos para convivir con una pareja más joven, razón por la que oculta su condición

DISCUSIÓN

Un grave problema constituye la **ausencia de trabajo conjunto y coordinado** entre los organismos encargados de la vigilancia de la muerte materna. El Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), El Registro Civil y el Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SISVEN) del Ministerio de Salud Pública son los organismos que reportan y estudian este problema, pero de manera increíble cada organismo desarrolla un trabajo autónomo, independiente y aislado de los demás actores. De esta manera, cada organismo emite datos que luego difieren entre ellos a pesar de tratarse del mismo problema, esto provoca una confusión a la hora de utilizar datos de muerte materna a nivel nacional como referencia internacional y más todavía, perjudica a la hora de la toma de decisiones y de implementación de normas y estrategias encaminadas a combatir este grave problema. Debido a estos inconvenientes, el estudio se delimitó a investigar la tendencia y magnitud de la mortalidad materna en el Ecuador en general y específicamente de las muertes certificadas con diagnóstico 003 a 008 según CIE 10 con cifras del SISVEN disponibles hasta el momento del término de la investigación, pero que no reflejan las estadísticas reales del año 2010. Posteriormente, se comparan con las cifras emitidas por el organismo oficial INEC, el cual no dispone de cifras del año 2010.

Con ese antecedente, el obstáculo inicial en materia de cálculos de mortalidad materna constituye el hecho de la **ausencia de información completa** por parte del SISVEN. La vigilancia epidemiológica de muerte materna apenas se inicia en el año 2002, pero para el presente estudio solo estuvo disponible información del período 2008 - 2010; el hecho de que exista un incremento de la mortalidad materna en el año 2009, solo puede reflejar una mejora en el registro y la notificación de las muertes maternas debido a que cada vez el sistema de vigilancia se va perfeccionando.

Durante la revisión de los expedientes clínicos, informes estadísticos de defunción o relatos de vida; pudo notarse claramente una inadecuada utilización de la terminología

médica. El personal de salud, ya sea este: médico, enfermera, administrativo u otros; usualmente **confunde** sintomatología con diagnósticos. Así mismo, **se** detectó una falla en el llenado de la información requerida en los formularios: omisión de información, letra ilegible o información colocada en casilleros equivocados, entre otros; llevando a una mala calidad de la información disponible de muerte materna. Esta situación deriva a su vez en una falsa clasificación de la causa básica de muerte y la designación de la terminología universal de CIE 10. Ante la evidente ausencia de una estandarización del lenguaje médico, vemos como resultado diagnósticos de aborto escondidos en definiciones muy obvias y generales como: paro cardiorrespiratorio, fallas multiorgánicas, sepsis, hemorragia, etc.; creando un sub-registro que es cuestionable desde todo punto de vista. Esto se comprueba cuando observamos que luego de la clasificación de los casos por CIE 10, el mayor número de muertes corresponden al diagnóstico de **complicaciones consecutivas al aborto, dentro del cual se encuentran incluidos principalmente: choque consecutivo al aborto, seguido de choque por hemorragia.** Al usar una terminología universal, sabemos que las mujeres que fallecen por complicaciones relacionadas con el aborto, lo hacen por dos razones: sepsis y hemorragias consecutivas al aborto, ya sea espontáneo o inducido.

Claramente se identifica que las mujeres que llegan a las unidades de salud con una complicación derivada de un aborto, **ocultan** el origen de su dolencia. Debido a factores culturales y a la prohibición legal de realizar abortos en los servicios de salud, la mujer acude a toda clase de alternativas para terminar con la gestación que incluye: toma indiscriminada de misoprostol provista por terceros, toma de brebajes dados por parteras, acceso a sitios clandestinos **inseguros** donde realizan legrados, técnicas inadecuadas e inseguras, entre otros. Esto se identifica cuando comprobamos que del total de casos de muertes ocurridas por aborto, el **100%** fueron casos complicados y más del **50%** hechos en condiciones inseguras; esto es similar a otros estudios, donde los casos captados por el sistema formal de salud por este diagnóstico llegan por que se suscitan complicaciones, pensemos en las miles de mujeres que logran su objetivo sin consecuencias para su salud, ellas, jamás serán registradas por el sistema de vigilancia

de muerte materna por **que lamentablemente el modelo está diseñado para conocer estas realidades luego de haber cobrado vidas humanas.**

Las mujeres que optan por utilizar una de estas opciones anteriormente mencionadas, cuando se complican, se demoran en tomar la decisión de acudir al sistema formal de salud para **no enfrentar los posibles estigmas** de una sociedad restrictiva y condenatoria ante el tema. Así, la muerte de esa madre se produce por una muy común primera demora.

También existe un considerable porcentaje de muertes maternas que han ocurrido por **fallas en el diagnóstico** inicial de su sintomatología. Gracias a que clínicamente el aborto espontáneo y el inducido se presentan de manera similar, si no hay información previa del origen o si no se precisa la patología en curso, es imposible diferenciar un diagnóstico y peor aún establecer una terapéutica apropiada. De igual manera, existen casos en los que a pesar de ser evidente la diagnosis, el profesional condujo de manera inadecuada la evolución del evento. En este sentido, podemos observar: falta de recursos económicos por parte de **las usuarias** y sus familiares para obtener los insumos necesarios para su tratamiento, falta de insumos o recursos en la unidad de salud, excesivos trámites burocráticos, evasión de las responsabilidades médicas, delegación de funciones, falta de conocimientos básicos de los cuidados obstétricos emergentes en el personal de salud, imprudencia en el manejo clínico o quirúrgico, etc. Esto se refleja **en** el porcentaje elevado de la tercera demora.

Debido a las implicaciones éticas, morales y religiosas que tienen que ver con el aborto, asociado **esto** a una buena dosis de machismo, sometimiento y falta de empoderamiento de la mujer en temas relacionados con sus derechos legítimamente contemplados en la constitución; existe un gran número de mujeres que son **coaccionadas por sus parejas o por sus familias** a elegir una técnica abortiva para escapar de un embarazo no deseado, de una maternidad forzada o de un consumo económico no previsto en el círculo familiar. Al llegar a un servicio de salud, estas

mujeres frecuentemente son maltratadas, **discriminadas y sometidas por una relación de poder del personal de salud hacia ellas.**

De allí se deriva que, el grupo predominante de muerte materna relacionada con aborto en general se encuentra en el grupo de las más jóvenes **(30 a 39 años)** con el estado civil: casadas o en unión libre. Hallazgos que se contradicen de estudios sobre los aspectos psicológicos del aborto, donde la predominancia del aborto se da en mujeres solteras²⁸. Más adelante, esta teoría se corrobora, cuando al disgregar las muertes maternas por abortos espontáneos y clandestinos, vemos que la edad de predominancia de los abortos inducidos es el grupo de 20 a 29 años y el estado civil se ubica en el estrato de solteras. Esta situación hace pensar que se trata de mujeres que ya tienen el número de hijos deseados para la edad y eso se confirma al momento de ver que el grupo en que mayores casos de aborto se presentó fue en el grupo de mujeres que tenían 3 o más hijos (63%) o mujeres con condición económica precaria al momento de producirse el evento. Cerca del 90% de los casos se debieron a causas evitables; los tipos de demoras que predominan son los que están relacionados con la toma de decisiones por parte de la paciente y sus familiares para acudir al servicio de salud o la demora del servicio de salud en atender oportuna y eficazmente el caso. Esta situación es similar a la de otros países de la región, de manera especial donde existen legislaciones restrictivas respecto al aborto.

A nivel nacional el lugar de residencia en contraparte con el lugar de ocurrencia, difieren enormemente, Los Ríos es la provincia con mayor residencia de las mujeres fallecidas, seguido de Manabí y Guayas; y al contrario, Guayas lidera la lista de los casos de muerte materna notificada. De esto se deduce que un gran porcentaje de los casos son importados de provincias vecinas que terminan falleciendo en el intento por llegar a una unidad de mayor complejidad, en busca de recibir atención a su patología.

²⁸ Gaviria Silvia. Aspectos psicológicos y psiquiátricos del aborto. Disponible en: <http://www.psiquiatriabiologica.org.co/avances/vol5/articulos/articulo8.pdf>

El nivel de **sub-registro** de muertes maternas por aborto se encuentra en el orden de entre **15 a 50%**, tomando en cuenta que influye la cantidad de muertes que se han incrementado en el año 2009, este factor incide en el incremento del sub-registro total. **En** estudios similares realizados en México el subregistro de muertes por aborto es de hasta 100%

Otro aspecto que llama la atención es la relación de los abortos con un componente de violencia generada por su pareja, familia o sociedad. Entre los factores negativos que influyen en la decisión de optar por un aborto se encuentran: problemas económicos, sociales, con los hijos, con su pareja, caos social, abuso sexual, violencia doméstica. A pesar de que en este estudio, sobre la base de los 35 casos que resultaron positivos, apenas el 9% de casos de aborto se encontraron relacionados con algún tipo de violencia, el hecho de que el 23% de casos de aborto fueron inducidos puede dar la idea de un trasfondo relacionado con un acto discriminatorio que incentive la idea de deshacerse del embarazo para evitar complicaciones sociales posteriores.

CONCLUSIONES

- Los progresos no son suficientes para el logro de las metas, el análisis de tendencias anteriormente descrito, permite establecer que los objetivos determinados en ambos acuerdos **no se cumplirían**, a menos que se replanteen mejoras en los procesos de evaluación y ejecución de las estrategias implementadas, para lograr cumplir al menos los ODM.

- Los resultados de tendencias presentados en este documento **difieren** en relación a los datos presentados en el estudio *Por una Maternidad y Nacimientos Seguros*²⁹, los cambios se dan principalmente por el incremento del número de muertes maternas que se produjeron en el año 2009, lo que cambia notablemente las tendencias de RMM para los próximos años.

- La adecuada operatividad del sistema de vigilancia de la mortalidad materna es indispensable para mantener la evaluación y el monitoreo del mismo, se dispone de un sistema que se basa en un manual de vigilancia epidemiológica, el problema radica en el cumplimiento por parte del personal asignado a éstas tareas en los niveles locales, provinciales y nacional. Es decir, realizando las modificaciones necesarias y estandarizando procesos, la calidad de la información puede mejorar y el sub-registro puede disminuir, el objetivo es revelar cifras más reales sobre el aborto; pero más allá de encontrar un número, el fin debe ser efectuar un análisis exhaustivo de las condiciones que giran alrededor de cada muerte e identificar claramente cuáles pueden ser las estrategias que **deben** implementarse para evitar que más mujeres mueran cada año por complicaciones derivadas de abortos, especialmente aquellas que no se realizan en las condiciones adecuadas para la salud de la mujer. En este sentido, toma real importancia la **capacitación y el entrenamiento del personal de**

²⁹ Bustamante Vanessa, M.D. MPH, *Por una Maternidad y Nacimientos Seguros*, Ecuador, 12 de octubre de 2009.

salud que se encuentra no sólo en las unidades de salud del sistema público, sino exigir lo propio a unidades del sistema complementario de salud (clínicas privadas, parteras de la comunidad, promotores de salud o farmacéuticos).

- Una de las causas por las que no se logra obtener toda la información sobre las muertes, se debe al altísimo número de transferencias realizadas por unidades de baja capacidad resolutiva hacia unidades de especialidades y/o especializadas. Esto provoca un **fraccionamiento de la atención** muchas veces en diferentes provincias, lugares de notificación que no son los lugares de atención por lo tanto no disponen de la información del caso; ya que en ciertas ocasiones, las mujeres mueren en el trayecto de la transferencia o llegan a la unidad de mayor complejidad donde los esfuerzos **por salvar la vida** ya resultan **inútiles** debido a la gravedad de la condición en la que llegan.
- Existe una clara relación entre la prevalencia de aborto y condiciones de vulnerabilidad como: pobreza, bajo nivel de instrucción, bajo estrato socio económico, zona rural de residencia, número de hijos, víctima de algún tipo de violencia o discriminación. Por lo tanto es evidente que la solución no consiste únicamente en incidir sobre los servicios de salud sino sobre toda condición social que es responsabilidad del estado garantizarla. El sistema de vigilancia intenta determinar los factores pero si no existe una relación intersectorial de todos los actores de la comunidad, los esfuerzos aislados del sistema de salud se dispersan y se quedan en el mero hecho de un registro crudo del número de muertes más no inciden sobre el nivel de toma de decisiones.
- A pesar de los logros alcanzados en la gratuidad de los servicios de salud, existen aún servicios **que tienen dificultad con la provisión de hemoderivados** por ejemplo, aunque algunas unidades de primer o segundo nivel no ameriten tener bancos de sangre, la coordinación con el ente proveedor es fundamental al momento de enfrentarse a desórdenes hemorrágicos propios de las complicaciones no solo de aborto sino de cualquier condición obstétrica.

- El relato de vida o la autopsia verbal es una estrategia importante que permite identificar y respaldar la causa de muerte **de** las mujeres en edad fértil. Actualmente en el país solamente se la realiza en las muertes maternas que ocurren en el domicilio o fuera de una institución de salud, lo cual constituye un factor limitante, puesto que en ciertas casas de salud ocultan los diagnósticos, como se lo pudo evidenciar en el presente estudio, y el diagnóstico solamente puede ser esclarecido al realizar el relato de vida.

RECOMENDACIONES

- En primera instancia se sugiere **promover el trabajo conjunto** de los involucrados: Dirección de Normatización, Epidemiología e INEC. Estandarizar el método de cálculo de la razón de mortalidad materna e implementar la búsqueda activa en coordinación **con** estos y otros estamentos, esto, evitará errores en la captación y procesamiento de datos con el consecuente mejoramiento de la calidad de información que servirá a la hora de implementar estrategias tendientes a reducir la mortalidad materna.
- **Estandarizar y modificar el manual** de vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna a nivel nacional, con el objetivo de que todas las unidades de salud utilicen adecuadamente un único instrumento de registro, investigación y notificación. Para este efecto, en la propuesta del instrumento metodológico, se encuentran elaborados indicadores con los que se podrá evaluar el sistema de vigilancia y mejorar la investigación del caso. Esto, lógicamente va de la mano con la **capacitación** a nivel nacional del personal de salud de la unidades y del personal responsable del tema **sobre los** casos de muerte materna. **El personal responsable del tema de muerte materna**, debe ser asignado de manera exclusiva para este tema, considerando que la mortalidad materna es un área de trabajo de prioridad nacional. Cuando delegamos la vigilancia epidemiológica de este problema a un personal que a la vez debe rendir cuentas de otras

responsabilidades, los esfuerzos se diluyen debido al poco tiempo disponible para cumplir con los requerimientos administrativos- burocráticos.

- Dentro de los instrumentos que el manual de vigilancia de muerte materna contempla, se encuentra el formulario de relato de vida o autopsia verbal; la información de este documento se obtiene de familiares cercanos a la mujer fallecida. De esta manera, la riqueza de datos que se logra captar puede proveer información valiosa que no siempre es registrada en los expedientes clínicos de las unidades de salud. Por lo tanto la recomendación consiste en realizar relatos de vida a **todos los casos** de muerte materna por cualquier causa, especialmente a aquellos en los que se considere que existió responsabilidad civil, penal o institucional.
- Mejorar la calidad de información para el sistema de vigilancia de mortalidad materna, lo cual indudablemente mejorará también el sub-registro de otros diagnósticos obstétricos relevantes.
- Fortalecer los servicios de salud sexual y reproductiva, mediante la creación de una **normativa de atención pre y post aborto** no complicado de mujeres en edad reproductiva con énfasis en atención emergente de complicaciones post aborto, asesoría en materia de salud sexual, consulta posterior, consulta de adolescentes, el acceso a planificación familiar; esto contribuirá a disminuir los embarazos no deseados y los abortos con graves consecuencias.
- Identificar los grupos vulnerables y aumentar la educación en salud de la población especialmente de la menos favorecida económica y socialmente, para lograr el impacto deseado.
- Complementar el estudio con la contraparte de mortalidad materna que sería la morbilidad por egresos hospitalarios en mujeres con diagnóstico de aborto o sus

complicaciones, quizá con el fin de medir la calidad de atención de mujeres que ingresaron por la misma patología pero que sobrevivieron al evento.

- En futuras investigaciones, sería de sumo interés hacer hincapié en la necesidad de introducir un enfoque de género en los análisis de situación de salud, con el fin de detectar posibles inequidades a las que se ven sometidas algunas mujeres por su sola condición de sexo ya que esto puede condicionar gravemente perfiles de morbilidad y mortalidad.

REVISION BIBLIOGRÁFICA

¹ World Health Organization, Department of Reproductive Health and Research, *Making pregnancy safer. Annual report 2009*. Ginebra. Disponible en: http://www.who.int/making_pregnancy_safer/en/ Consultado: en Diciembre 2010.

² Organización Panamericana de la Salud. *Plan Regional de Reducción de la Mortalidad Materna*. Washington D.C. 2002. Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/dpi/100/100feature19.htm> Consultado: Diciembre 2010

³ Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC). *Defunciones 2007*. Disponible en: http://www.inec.gov.ec/web/guest/ecu_est/reg_adm/est_vit/not_vit3 Consultado: 13 de diciembre del 2010

⁴ Organización de Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, *Objetivos del Milenio. Informe 2010*. Disponible en: http://www.un.org/es/comun/docs/?path=/spanish/millenniumgoals/pdf/MDG_Report_2010_SP.pdf Consultado: el 13 de julio 2010

⁵ World Health Organization. Maternal mortality in 2005. Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA and the World Bank. Ginebra 2008. Páginas 1- 3

⁶ Ministerio de Salud Pública (MSP). Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Muerte Materna, 2002 – 2009.

⁷ World Health Organization, Department of Reproductive Health and Research, *Making pregnancy safer. Annual report 2009*. Ginebra. Disponible en: http://www.who.int/making_pregnancy_safer/en/ Consultado: 13 de Julio del 2010.

⁸ Maradiegue Eduardo MD. *Aborto como causa de muerte*. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. 2006; 52(3): ps: 150-153.

⁹ OMS; CRR; AGI. *El aborto; un problema de salud pública*. 2004-2005. Disponible en: http://www.womenslinkworldwide.org/pdf_programs/es_prog_rr_col_factsheets_pubhealth.pdf. Consultado: 22 de septiembre del 2010

¹⁰ Ministerio de Salud Pública (MSP). Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Muerte Materna, 2002 – 2009.

¹¹ World Health Organization, Department of Reproductive Health and Research, *Making pregnancy safer. Annual report 2009*. Ginebra. Disponible en: http://www.who.int/making_pregnancy_safer/en/ Consultado: 13 de Julio del 2010.

¹² OMS; CRR; AGI. *El aborto; un problema de salud pública*. 2004-2005. Disponible en: http://www.womenslinkworldwide.org/pdf_programs/es_prog_rr_col_factsheets_pubhealth.pdf. Consultado: 22 de septiembre del 2010

¹³ Vélez G.; Gallego L.; Jaramillo D. *Modelo de análisis de muerte materna: Camino para la supervivencia*. Modelos para el análisis de de la mortalidad materno infantil. Disponible en: <http://www.nacer.udea.edu.co/pdf/libros/libro1/modelodeanalisisdelamuertematerna.pdf>

¹⁴ Faneite Pedro M.D.. ***Mortalidad materna en la Región Bolivariana de Latino-america; area crítica***. Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela, ISSN 0048 – 7732, volumen 68 n.1. Caracas, marzo 2008. Consultado en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S004877322008000100005&script=sci_arttext

¹⁵ Centro de Estudios de Población y Desarrollo CEPED. *El aborto en América latina y el Caribe*. LA CHRONIQUE. ISSN 1157-4186 **Marzo 2008 . Número 55 . ES**.

¹⁶ Consorcio Latinoamericano contra el Aborto Inseguro. CLACAI. International Consortium for Medical Abortion. ICMA. *Ecuador es el país con más abortos en Latinoamérica*. Disponible en: http://www.clacai.org/index.php?option=com_content&view=article&id=733:ecuador-es-el-pais-con-mas-abortos-en-latinoamerica&catid=9:informacion-para-mujeres-&Itemid=5

¹⁷ Ministerio de Salud Pública, Sistema Común de Información, *Población e Indicadores Demográficos y de Productividad*, Ecuador 1999-2008.

¹⁸ World Health Organization. Programs and Projects. *International Classification of Diseases. Clasificación Internacional de Enfermedades*. Consultado el 4 de febrero del 2011. Disponible en: <http://www.who.int/classifications/icd/en/>

¹⁹ Schenker JG, Cain JM. FIGO Comité for the Ethical Aspects of the Human Reproduction and Women's health. *Int J Gynaecol Obstet*, 1999; 64:317-322

²⁰ World Health Organization The prevention of unsafe abortion. Report of a technical working Group, Geneva, World Health Organization (WHO/MSM/92.5), 1992

²¹ A. Donoso, op. cit., pp. 27-28.

²² “Código de Ética Médica: Art. 103.- Al médico le está terminantemente prohibido provocar el aborto al menos que haya necesidad absoluta de hacerlo para salvar la vida de la madre; en caso de enfermedades con alto riesgo hereditario, o cuando la

madre haya sido expuesta, dentro del primer trimestre del embarazo a factores teratogénicos científicamente comprobados; debiendo cumplirse los siguientes requisitos: a) Con el consentimiento de la paciente, de su cónyuge o de su representante; y, b) La necesidad de la interrupción del embarazo debe ser certificada por una Junta Médica, uno de cuyos participantes, por lo menos, debe ser especializado en la afección motivo de la indicación.” Ediciones Legales, *Régimen Penal Ecuatoriano*, op. cit., p. 409.

²³ Neira Miranda Jorge Dr.. Aborto, aspectos clínicos y epidemiológicos. ARS MEDICA. Revista de Estudios Médico Humanísticos. Pontificia Universidad Católica de Chile. Vol.6 No.6. Consultado en febrero 2011. Disponible en: <http://escuela.med.puc.cl/publ/arsmedica/arsmedica6/Art07.html>

²⁴ Mundigo Axel Dr. Borradores de las ponencias del Dr. Mundigo y de otros trabajos presentados en la reunión regional “Embarazo no deseado y aborto inducido: desafíos para la salud pública en América Latina y el Caribe” realizada en el año 2001 Cuernavaca-México. Pueden solicitarse directamente a hespinoza@popcouncil.org.mx y además están disponibles en: <http://www.agi-usa.org/lac>: login “lac” password: “hola”.

²⁵ Mc Lear S, Anwar R. Identification of abuse in emergency department. Am J Public Health 1998;79:65-66.

²⁶ Ministerio de Sanidad y Consumo. Sociedad Española de Familia y Comunitaria. Violencia Doméstica. Madrid 2003. Disponible en: http://www.msps.es/ciudadanos/violencia/docs/VIOLENCIA_DOMESTICA.pdf

²⁷ PLAN NACIONAL PARA EL BUEN VIVIR 2009 - 2013. Metas. Objetivo No. 3 Mejorar la calidad de vida de la población. Página: 196

²⁷ Ministerio de Salud Pública, *Plan Nacional de Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y Neonatal*, Proceso de Normatización del Sistema Nacional de Salud, Septiembre 2008

²⁸ Gaviria Silvia. Aspectos psicológicos y psiquiátricos del aborto. Disponible en: <http://www.psiquiatriabiologica.org.co/avances/vol5/articulos/articulo8.pdf>

²⁹ Bustamante Vanessa, M.D. MPH, *Por una Maternidad y Nacimientos Seguros*, Ecuador, 12 de octubre de 2009.