

Entornos y contrastes de ocurrencia de la muerte materna en Veracruz

(Environments and contrasts of occurrence in maternal mortality in Veracruz)

Mauricio Fidel Mendoza González*

Palabras Clave

Muerte Materna, Veracruz, México.

Keywords

Maternal Mortality, Veracruz, Mexico

Introducción

Las complicaciones que se producen durante el embarazo, parto y puerperio se ubican entre las principales causas de muerte en las mujeres en edad reproductiva de los países subdesarrollados, donde la perspectiva de su fallecimiento muchas veces la ubica como protagonista individual en este problema de salud pública; y aún cuando sus condiciones individuales son determinantes en este proceso, actualmente debemos entender que el abordaje del mismo debe ser integral.

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), la muerte materna se define como "la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del embarazo, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales"¹.

Como indicador operativo confiere a los servicios de salud la posibilidad de evaluar más allá de la sola participación de éstos en el abordaje del problema, ya que se considera un indicador de desarrollo humano, que refleja el nivel socioeconómico de un país, una comunidad o una familia; la condición de la mujer y, por otro lado, la utilización de los servicios de planificación familiar, atención prenatal y de atención obstétrica, así como la calidad de los mismos.

La OMS, estima que más de medio millón de mujeres mueren cada año por causas rela-

cionadas con el embarazo, intento de aborto, parto o puerperio, y que alrededor del 99% de estas muertes suceden en países pobres. Así mismo, considera que cuando una mujer de un país en desarrollo se embaraza, su riesgo de morir es de 100 a 200 veces mayor que cuando lo hace una mujer de un país desarrollado; situación que le otorga a este hecho un calificativo de problema de salud pública.

México no se ve exento de esta problemática social y de salud pública, y aún cuando la tasa de mortalidad materna registrada descendió de 52.9 en 1940 a 4.6 por 10,000 nacidos vivos en el año 2001^{2,3}, el nivel real de la mortalidad materna podría ser mayor, pues se sabe que aún existe cierto nivel de subregistro, asignación incorrecta de causas de defunción y errores de codificación. Además, este decremento no ha sido similar en todas las subpoblaciones de este país, mostrándose importantes rezagos en ciertas regiones y en algunos grupos sociales, especialmente los que se ubican en áreas rurales y marginadas.

Sin embargo, debemos también considerar que la determinación exacta de la magnitud del problema de la mortalidad materna es extremadamente difícil, ya que en su génesis y desarrollo se involucran toda una serie de factores que la convierten en un problema complejo. Por un lado, se sabe que las muertes maternas son el resultado de un conjunto de problemas sociales, económicos, biológicos y logísticos de los servicios de salud y por otro,

*Investigador Tiempo Completo. Instituto de Salud Pública de la Universidad Veracruzana. (mmendoza@uv.mx).

que existen deficiencias en las estadísticas vitales y escasez de estudios dirigidos a grupos específicos de población, lo que ha minimizado y ocultado las diferencias respecto al riesgo de morir a causa de este problema y especialmente en aquellos sectores de la población más expuestas al riesgo⁴.

En este sentido, el estado de Veracruz se encuentra en un momento propicio y necesario para el análisis integral de la salud materna, ya que su conformación actual lo sitúa en una condición especial donde la muerte materna coexiste con un sinnúmero de patologías y riesgos, por un lado, aquellas consideradas del subdesarrollo de naturaleza especialmente transmisible y por otro, con un perfil de enfermedades crónico degenerativas propias de áreas geográficas de mayor desarrollo, enmarcadas en un espacio geográfico que aún no supera problemas socioeconómicos y culturales, que hacen que el abordaje de las prioridades en salud discurren en una toma de decisiones de difícil abordaje. El presente trabajo pretende hacer un análisis global de los condicionantes sociodemográficos básicos del estado y de lo que en este momento se sabe sobre la muerte materna, que permita hacer el planteamiento de los futuros retos para reducir este problema de salud pública, que si bien ha sido enmarcado en el espectro de acciones de la salud reproductiva, su abordaje va más allá, si consideramos el alcance que hoy tiene como indicador de desarrollo de los pueblos.

Características básicas, sociodemográficas y de daños a la salud del estado de Veracruz

De acuerdo a cifras del XII Censo General de Población y Vivienda (INEGI) el estado de Veracruz, con una superficie territorial de 72,815 Km², presentó para el año 2000 una población de 6,908,975 habitantes, de los cuales, el 51% eran mujeres (3,553,811) y el 49% hombres (3,355,164). Con una densidad poblacional de 94.8 habitantes por Km²; y una cifra poblacional estimada para el año 2004 que supera los siete millones de habitantes^{5,6}.

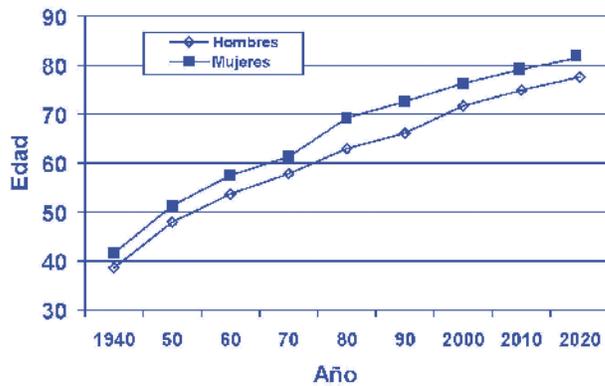
Por grupos poblacionales blanco y descritos en forma excluyente, más de un millón y medio de habitantes se encuentran entre los 10 y 19

años de edad, cronológicamente reconocidos como adolescentes, representando el 22% con respecto a la población total; 1,692,366 son mujeres de 25 y más años y 1,839,414 son mujeres en edad fértil de 15 a 49 años de edad, es decir el 47.6% y 51.8% respectivamente con relación a la población femenina total. Con la intención de dimensionar el espectro, los hombres en edad fértil (15 a 64 años) alcanzaron una cifra de 1,961,696 lo que constituirá también un motivo más de acciones integrales.

Un aspecto fundamental en la planeación de acciones para los servicios de salud lo constituye la ubicación y condiciones de la población; actualmente se sabe que la población del estado está distribuida en más de 22 mil localidades, de las cuales, el 41% corresponden a zonas rurales (<2500 habitantes) en donde habitan cerca de 3 millones de personas; otra característica importante es que el 20% de la población de Veracruz vive en localidades menores de 500 habitantes lo que evidencia el gran problema de dispersión.

La población indígena es una prioridad global y al mismo tiempo su atención en salud reproductiva con calidad, una meta inaplazable; en el estado de Veracruz el 10.4% de la población está en esa posición, al menos por su condición de hablar una lengua indígena, lo que implica más de 500,000 habitantes; al mismo tiempo podríamos ir más allá, al grupo poblacional indígena monolingüe, representado por casi 80 mil habitantes. La discapacidad es un aspecto que no podemos hacer a un lado, según cifras censales para el año 2000 el 2% de la población tenía algún grado de discapacidad.

La esperanza de vida se ha incrementado de manera importante en las últimas décadas, pasando de 40 años en 1940, a 73.7 años para el año 2002; fenómeno que refleja la importante reducción de la mortalidad observada en la entidad, por el mejoramiento de las condiciones de vida y acciones establecidas por el sector salud; pero al mismo tiempo, ubica las nuevas prioridades en salud si observamos que este indicador, según proyecciones para el año 2020 estará alcanzando un promedio cercano a los 80 años de edad. [Gráfica 1]



Gráfica 1
Esperanza de Vida al Nacimiento en el Estado de Veracruz,
1940 - 2000 y Proyección al año 2020.

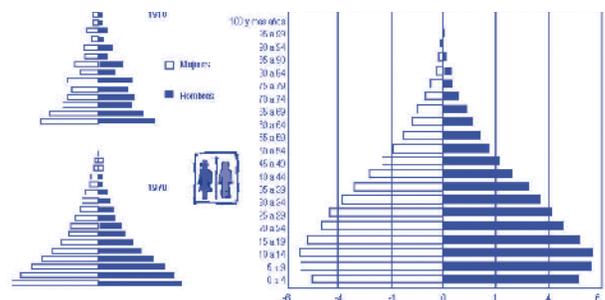
No obstante, si analizamos la esperanza de vida como un indicador de nivel de existencia y supervivencia a largo plazo. Podemos entender desde el punto de vista de la salud que se relaciona con acciones adoptadas para incrementar esta expectativa de vida o para reducir la mortalidad por grupos de edad específicos. Lo cual permite observar diferencias entre ámbitos de observación. Para el año 2002 la esperanza de vida nacional presentó un promedio de 74.6 años (72.2 en hombres / 77.1 en mujeres), que contrasta con el estado de Veracruz, que presentó un valor promedio de 73.7 (71.1 en hombres / 76.3 en mujeres), lo cual nos ubica por abajo de la media nacional; pero aún más allá, si contrastamos con las entidades federativas con mayor esperanza de vida para el mismo año; observamos que la diferencia en años de esperanza de vida menos es, de 2.2 años con respecto al estado de Baja California en el valor promedio, 1.9 años con el Distrito Federal en las mujeres y 2.6 años con respecto al estado de Baja California en los hombres.

Dicho análisis pone de manifiesto por lo menos, dos años de esperanza de vida al nacimiento de diferencia con aquellas entidades. Si esto lo traducimos a las observaciones de periodos anteriores, donde el incremento en años fue de entre 2 y hasta 4 años de incremento en una década y traducimos esto a tiempo, quizá podamos presumir un rezago aún, de por lo menos 5 a 10 años de desarrollo de acciones que permitan su incremento en el estado de Veracruz, y al mismo tiempo entendamos la razón por la cual nos situamos aún, como el cuarto

estado con la menor esperanza de vida al nacimiento, únicamente superado por los estados de Oaxaca, Guerrero y Chiapas.

Un indicador sensible a los procesos de transición y a las acciones globales establecidas por los servicios de salud, traducidas a la población, es la tasa global de fecundidad (TGF); el estado de Veracruz tuvo en promedio, según cifras censales para el año 2000, de 2.69 hijos por mujer, por arriba de las estimaciones definidas por el Consejo Nacional de Población, que situaba el indicador para ese año en 2.29.⁷ Por otro lado, la disparidad al interior del estado aún es grande, ya que el rango de la TGF ubicó municipios desde 1.7 hasta aquel que reportó 7.7 hijos por mujer. De entre los 210 municipios que componían el estado de Veracruz hasta el año 2003, el 64% se encontraban por arriba de la media estatal; 62 ubicaban el indicador entre 3 y 3.9; 32 municipios entre 4 y 4.9, y; 9 municipios que se ubicaban en valores por arriba de 5 hijos por mujer.

La transición demográfica se ha traducido en modificaciones importantes en la estructura de la pirámide poblacional, la cual muestra hacia el año 2000 (en comparación con 1910 y 1970) un angostamiento relativo en su base, con mayor crecimiento de los grupos de adolescentes y de la población en etapa reproductiva; el efecto más importante se observa en un incremento en la población adulta joven lo que muestra el actual perfil de prioridades en salud y evidentemente en lo referente a la salud reproductiva [Gráfica 2].

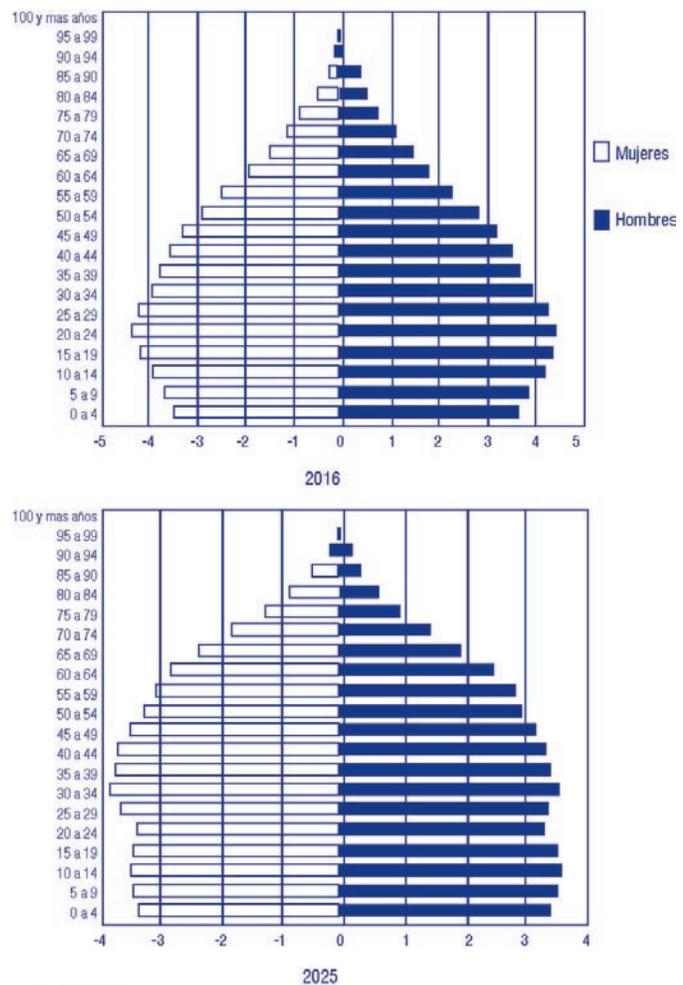


GRÁFICA 2.
PIRÁMIDE POBLACIONAL EN EL ESTADO DE VERACRUZ, COMPARATIVO 1910, 1970 Y 2000.
FUENTE: INEGI. XII CENSO GENERAL DE POBLACION Y VIVIENDA 2000. TABULADOS BÁSICOS DE VERACRUZ 2001.
SERVICIOS DE SALUD DE VERACRUZ. PROYECTOS VE-ACRUZANDO ARRIBA: UN JEHO EN LA VIDA 2001 - 2006

Estos procesos de cambio además de ser demográficos son sociales, económicos y políticos, por lo tanto, tienen referentes directos hacia la salud, lo cual imprime prioridades fundamentales que deben ser tomadas en cuenta. Hemos pasado de una alta, a una baja mortalidad general e infantil, se ha incrementado la esperanza de vida y se ha reducido la fecundidad; y las prioridades en salud, que anteriormente se centraban fundamentalmente en las enfermedades transmisibles, hoy abren su abanico de observancia hacia las enfermedades crónico degenerativas y aquellas resultado de las desigualdades sociales, lo que ha polarizado el espectro; observándose además una transición de riesgos que hoy debe ser un importante foco de atención.

En lo que se refiere a las modificaciones poblacionales es importante dirigir la mirada hacia la forma en que se perfila la estructura poblacional; en un ejercicio de proyección podemos observar dos puntos en el tiempo fundamentales; el año 2015 donde se evidencian decrementos importantes en la población de niños menores de 10 años y el efecto de la pendiente decreciente en la población adolescente, así como la mayor concentración absoluta y relativa en la población en edad productiva, especialmente representada por la población en edad reproductiva, y; el año 2025 donde hay una estabilización de la población productiva, que aun representa el grueso poblacional, pero igualmente el efecto de incremento gradual en la población adulta de la tercera edad (60 años y más). Dichas características forman los retos a futuro en una población adulta que en aspectos de salud reproductiva representarán nuevos retos de atención [Gráfica 3].

En un análisis de grupos poblacionales específicos es evidente, por lo menos hasta el año 2010, el elevado porcentaje de población adolescente (bono demográfico), que a partir de ese momento iniciará gradualmente su decremento, siendo sustituido en rango porcentual por la población de 60 años y más, aproximadamente en el año 2020. En lo que se refiere a la población productiva es hasta el período de los años 2015 a 2020 donde observamos su máxima expresión relativa y absoluta como un efecto de cambio de la po-

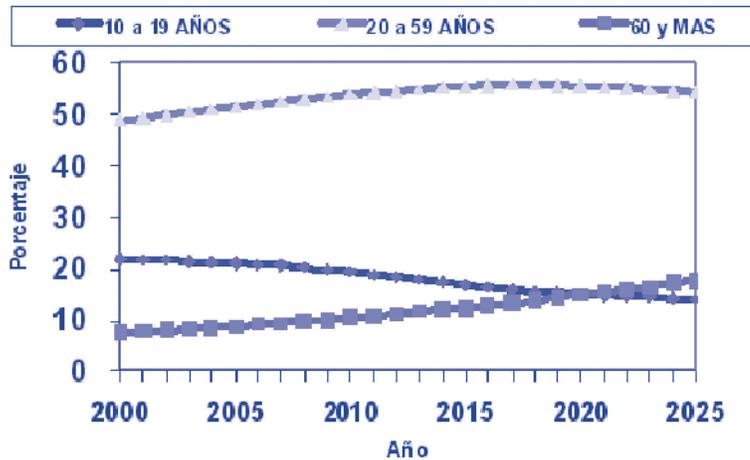


Gráfica 3. Pirámides Poblacionales Proyectadas para el Estado de Veracruz, Comparativo 2015 y 2025

Fuente: Consejo Nacional de Población. Indicadores Demográficos 2000 - 2030. México, 2001.

blación adolescente hacia este grupo de edad, seguido por una estabilización gradual en los siguientes años [Gráfica 4].

El estado de Veracruz se constituyó según cifras censales del año 2000 en el tercer estado más habitado del país, con una población que representó el 7% de la población nacional, solamente superado por el estado de México y el Distrito Federal. Por si solo Veracruz tiene más población en términos absolutos y reales que los ocho estados menos poblados, lo cual pone de manifiesto un panorama poblacional de retos que se magnifica cuando observamos además su heterogeneidad en términos de extensión territorial y diferencias geográficas.



Gráfica 4. Distribuciones de Grupos Poblacionales Seleccionados Proyectados para el Estado de Veracruz, 2000 y 2025

Fuente: Consejo Nacional de Población. Indicadores Demográficos 2000 - 2030. México, 2001.

Un indicador sensible e integral para definir las condiciones del estado en comparación del resto de las entidades federativas es el índice de marginalidad, el cual concentró para su construcción en el año dos mil, nueve variables sociodemográficas, estableciendo un gradiente cualitativo de clasificación en muy bajo, bajo, medio, alto y muy alto grado de marginación. Para dicho año, el estado de Veracruz obtuvo una calificación de muy alto grado de marginación, ocupando el cuarto lugar en el ámbito nacional, siendo superado con mayor marginación por los estados de Chiapas, Guerrero y Oaxaca, que ocupan los primeros tres sitios respectivamente⁸.

Es importante dimensionar la situación que se guarda bajo esta calificación, lo cual pone de manifiesto la necesidad de trabajar en la comprensión de causas que inducen dicha ubicación, por ejemplo, el estado de Veracruz tiene el 68.4% de su población ocupada con un ingreso de hasta 2 salarios mínimos, ubicándose en el contexto nacional en el tercer lugar en este rubro; el 15% de su población de 15 años o más es analfabeta y ocupa el 5º sitio; el 52% de las viviendas en el estado tienen algún nivel de hacinamiento y el 11% no cuentan con energía eléctrica, ocupando el 10º y 4º lugar respectivamente, sólo por mencionar algunos rubros.

Según cifras de mortalidad del último año de información oficial disponible, en el año 2001 ocurrieron en el estado de Veracruz un poco más de 33,000 muertes, lo cual representó el 7.5% del total ocurridas en el país, con una tasa de 4.6 defunciones por cada 1,000 habitantes, cifra que lo ubica en el 8º sitio con respecto al resto de entidades federativas y en el 13º cuando se analiza por tasas estandarizadas. Cuando este análisis se realiza según sexo, los hombres se ubican en el mismo sitio con una tasa de 5.2 defunciones por cada 1,000 hombres y las mujeres 4.0 defunciones por cada 1,000 mujeres, con un índice de sobre-mortalidad masculina de 127,8⁹.

El patrón de causas de muerte en el estado es similar al nacional, en el cual la diabetes mellitus, la enfermedad isquémica del corazón, la cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado, la enfermedad cerebro vascular, ciertas afecciones originadas en el período perinatal y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica ocupan los seis primeros lugares.

En un análisis por causas específicas según peso relativo, en grupos poblacionales delimitados y para hacer referencia a causas relacionadas a las acciones de salud reproductiva, podemos observar que para dicho año, el tumor maligno del cuello uterino representó el

13º sitio en la población general y el 6º cuando se analizó el grupo de mujeres. En el grupo de 0 a 4 años la asfixia y trauma al nacimiento ocupó el primer sitio, el bajo peso al nacimiento y la prematuridad el 5º y la anencefalia y malformaciones similares el 9º, aunque este último solamente en las mujeres.

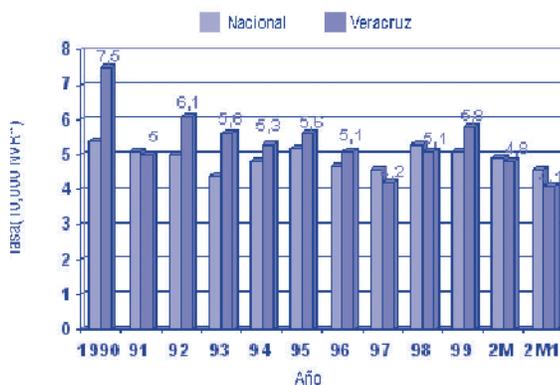
El grupo de edad de 15 a 29 años de edad presenta como primera causa de muerte las relacionadas al VIH/SIDA, con igual comportamiento en hombres y mujeres. En el grupo de 30 a 44 años el tumor maligno del cuello uterino se ubica en el 9º sitio cuando el análisis se realiza para ambos sexos y en las mujeres se ubica en el 2º lugar. De 45 a 59 años de edad observamos el tumor maligno del cuello uterino en el 5º sitio de la población general, el tumor maligno de la mama en el 9º y VIH/SIDA en el 10º. Dichas causas en las mujeres se ubicaron en el 2º y 6º sitio y el VIH/SIDA queda relegado en una posición posterior al vigésimo lugar. Cabe mencionar en dicho grupo poblacional, en las mujeres, el tumor maligno de ovario ocupa el 13º sitio y en los hombres el VIH/SIDA el 8º. En la población de 60 años y más las prioridades por causas de muerte relacionadas a salud reproductiva se ubican en el tumor maligno del cuello uterino y de la mama en las mujeres, que se ven discretamente relegados por otras enfermedades crónico degenerativas.

En un análisis similar por causas de muerte materna, considerando el ámbito nacional y estratificando por municipio según grado de marginalidad, es notorio que en aquellos municipios que presentan un grado de muy alta marginalidad, las prioridades según causas son, la hemorragia obstétrica y los trastornos hipertensivos en el embarazo ocupando los dos primeros sitios en el grupo de edad de 15 a 29 años; la hemorragia obstétrica el 7º y los trastornos hipertensivos en el embarazo el 15º en el grupo de 30 a 44 años. Cuando se analizó la morbilidad a partir de los egresos hospitalarios, es importante mencionar que las causas obstétricas directas (excepto aborto) y el parto único espontáneo representan para el Sistema Nacional de Salud aproximadamente un 30% de la carga total, sin embargo, cuando se analiza la Secretaría de Salud en forma

individual, el peso relativo alcanza aproximadamente el 40%.

La muerte materna en el estado de Veracruz

El estado de Veracruz ha presentado un comportamiento histórico similar a los referentes nacionales con una reducción acelerada en más de diez veces en los últimos sesenta años, con una desaceleración observada durante la década de los años 80; no obstante, si observamos la última década de información oficial disponible (1990-2001), la mortalidad materna del estado presenta una pauta, aunque irregular, con cierta propensión al descenso, con valores que van de 7.5 en 1990 a 4.1 muertes por cada 10,000 nacidos vivos registrados (NVR) en el año 2001, lo que representa una reducción para este periodo del 45%, y ubicando al estado por abajo de la media nacional (4.6 por 10,000 NVR.), [Gráfica 5].



Gráfica 5. Mortalidad Materna. Comparativo del Estado de Veracruz con el Promedio Nacional, 1990-2001.

Fuente: Servicios de Salud de Veracruz. Programa Veracruzano Amanque Parejo en la Vida, 2001-2006.

Con respecto a la mortalidad materna por causa en el estado, en un análisis realizado para el periodo 1990-2001 se puede observar la ocurrencia de 1416 muertes catalogadas como maternas, las cuales presentaron un promedio de edad a la muerte de 29 años (± 8 años), con un rango de 12 a 54 y la mayor concentración en los estratos de 20 a 39 años de edad, así como un estimado de años de vida potencialmente perdidos en 50,357.

Según estado civil, las muertes maternas ocurren principalmente en mujeres en las que se reportó que tenían una pareja, donde las mujeres casadas y en unión libre presentaron cada una de estas categorías un porcentaje de 42%, y las mujeres solteras 15%. De acuerdo a la ocupación es significativamente más elevada en las que se dedican a las labores del hogar en un 86.6%.

Por el nivel de escolaridad las muertes maternas se distribuyen de la siguiente manera, 24.4% en las mujeres sin escolaridad, 39.9% con primaria incompleta, 18.3% con primaria completa, 9.7% secundaria y 7.8% en quienes se reportó tener preparatoria o un nivel más alto de escolaridad. Cuando se analizaron las frecuencias relativas en los diferentes estratos durante el periodo de estudio, aquellas mujeres en quienes se reportó no tener escolaridad presentaron un comportamiento descendente, pasando de 30.7% a 19.1%, fenómeno inverso en el estrato de mujeres con nivel de primaria o superior, donde el porcentaje pasó de 32.1% a 47.1%; atribuido fuertemente al estrato de preparatoria o superior, el cual incrementó de 7.2% a 13.3%, entre 1990 y el año 2001 respectivamente.¹⁰

Del total de muertes maternas en donde estaba codificada la derechohabencia a la seguridad social, el 86% no tenía derecho a servicio de seguridad social alguno. Con respecto a la atención médica, el 30.1% de las mujeres no recibió atención durante su muerte. De acuerdo al sitio de la defunción el 59% ocurrió en una unidad médica pública, el 28% en una unidad médica privada, el 11% en el hogar y en el 1% restante no estaba especificado el sitio de la muerte.

La distribución de causas de muerte materna para el periodo de estudio tuvo el inconveniente de que hasta 1997 se utilizó la Clasificación Internacional de Enfermedades 9ª Revisión (CIE 9) y a partir de 1998 se incorporó la CIE 10, por lo que se realizó un análisis independiente para ambos periodos.

De 1990 a 1997 se reportaron 977 muertes maternas, dentro de las cuales el mayor porcentaje se presentó por complicaciones ocurridas principalmente en el curso del trabajo de parto

con 43.2% seguida por las ocurridas durante el embarazo, 34.6%.

En el periodo 1998 a 2001 se reportaron 409 muertes maternas, según clasificación de causas, el más alto porcentaje se observó en el rubro denominado complicaciones del trabajo de parto y del parto (O60-O75) con 145 muertes y un porcentaje relativo de 35.5% (donde se ubica como principal causa específica la hemorragia ocurrida en el postparto), seguida en orden descendente por el de edema, proteinuria y trastornos hipertensivos en el embarazo, el parto y el puerperio (O10-O16) con 32.3%, embarazo terminado en aborto (O00-O08) 10% y complicaciones principalmente relacionadas con el puerperio (O85-O92) 7.1%, seguido por otras causas misceláneas con menor representatividad porcentual [Cuadro 1].

| n = 409 | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|------|
| Causa (10 ^o CIE) | Nº | % |
| Embarazo terminado en aborto (O00-O08) | 41 | 10.0 |
| Edema, proteinuria y trastornos hipertensivos en el Embarazo, el parto y el puerperio (O10-O16) | 132 | 32.3 |
| Otros trastornos maternos relacionados principalmente con el embarazo (O20-O92) | 17 | 4.2 |
| Atención materna relacionada con el feto y la cavidad Amniótica y con posibles problemas del parto (O30-O48) | 24 | 5.9 |
| Complicaciones del trabajo de parto y del parto (O60-O75) Parto (O80-O84) | 145 | 35.5 |
| Complicaciones principalmente relacionadas con el puerperio (O85-O92) | 0 | 0 |
| Otras afecciones obstétricas no clasificadas en otra parte (O94-O99) | 29 | 7.1 |
| | 21 | 5.1 |

Cuadro 1. Distribución de las Principales Causas de Muerte Materna. Veracruz 1998 - 2001.

Fuente: Servicios de Salud de Veracruz. Programa Veracruzano Arranque Parejo en la Vida, 2001 - 2006.

Situación comparativa del Estado de Veracruz con las entidades federativas

Empleando información oficial disponible se realizó un análisis que permitiera conocer la situación que guarda el estado de Veracruz con respecto al resto de los estados de la República y su ubicación con el promedio nacional. Se tomó como línea basal el año de 1990 momento en el cual el estado de Veracruz ocupaba en orden descendente el cuarto lugar con una tasa de 7.5 muertes maternas (MM) por cada 10,000 nacidos vivos registrados (NVR) y superado solamente por los Estados de Oaxaca, Tlaxcala y Puebla con tasas de 12.0, 8.4 y 8.2 respectivamente, además de una tasa nacional de 5.4 MM por 10,000 NVR [Cuadro 2].

Para 1995 el sitio ocupado fue el decimocuarto con una tasa de 5.6 MM por 10,000 NVR, lo que permitió escalar diez posiciones hacia la mejoría y acortar la brecha con el promedio nacional que ubico el estimador en 5.3. Cabe mencionar que a la lista de estados que presentaron una mayor tasa que Veracruz se adicionan a los tres ya mencionados para el año 1990, Campeche, Morelos, México, Chiapas, Nayarit, Hidalgo, Yucatán, Querétaro, San Luis Potosí y Quintana Roo.

El último año de información oficial considerado fue 2001, año en el que ocurren dos he-

chos importantes; se avanzó favorablemente, ya que se ocupó el decimoséptimo lugar y una tasa de 4.1 MM por cada 10,000 NVR, y se superó al indicador nacional ya que este se situó en el sitio 13. Diez de los estados que presentaron mayor tasa que Veracruz en este año ya se situaban en esa condición en el año de 1995, sumándose a la lista Guerrero, Distrito Federal, Aguascalientes, Tamaulipas y Chihuahua, y el indicador nacional como se mencionó anteriormente. Tres estados mejoraron su posición Nayarit, Hidalgo y Campeche.^{10, 11, 12}

| Sitio | Estado | Tasa | Estado | Tasa | Estado |
|-------|---------------------|------|---------------------|------|---------------------|
| 1º | Oaxaca | 12.0 | Puebla | 11.2 | México |
| 2º | Tlaxcala | 8.4 | Tlaxcala | 9.7 | Chiapas |
| 3º | Puebla | 8.2 | Oaxaca | 9.0 | Guerrero |
| 4º | Veracruz | 7.5 | Campeche | 8.6 | San Luis Potosí |
| 5º | México | 7.4 | Morelos | 7.3 | Distrito Federal |
| 6º | Hidalgo | 6.5 | México | 6.9 | Morelos |
| 7º | Guanajuato | 6.4 | Chiapas | 6.5 | Tlaxcala |
| 8º | Guerrero | 6.3 | Nayarit | 6.5 | Puebla |
| 9º | San Luis Potosí | 6.1 | Hidalgo | 6.4 | Quintana Roo |
| 10º | Morelos | 5.9 | Yucatán | 6.2 | Oaxaca |
| 11º | Querétaro | 5.7 | Querétaro | 5.8 | Querétaro |
| 12º | Chihuahua | 5.7 | San Luis Potosí | 5.7 | Yucatán |
| 13º | Nacional | 5.4 | Quintana Roo | 5.6 | Nacional |
| 14º | Yucatán | 5.3 | Veracruz | 5.6 | Aguascalientes |
| 15º | Distrito Federal | 5.0 | Nacional | 5.3 | Tamaulipas |
| 16º | Chiapas | 4.8 | Distrito Federal | 5.3 | Chihuahua |
| 17º | Durango | 4.3 | Guanajuato | 5.1 | Veracruz |
| 18º | Campeche | 3.9 | Michoacán | 5.1 | Nayarit |
| 19º | Jalisco | 3.8 | Guerrero | 4.4 | Michoacán |
| 20º | Zacatecas | 3.7 | Zacatecas | 4.0 | Zacatecas |
| 21º | Baja California | 3.4 | Aguascalientes | 3.9 | Sonora |
| 22º | Nayarit | 3.2 | Chihuahua | 3.2 | Hidalgo |
| 23º | Michoacán | 3.1 | Jalisco | 3.2 | Coahuila |
| 24º | Colima | 3.0 | Coahuila | 3.1 | Jalisco |
| 25º | Tabasco | 2.8 | Colima | 3.1 | Durango |
| 26º | Quintana Roo | 2.6 | Sonora | 3.0 | Guanajuato |
| 27º | Sonora | 2.5 | Durango | 3.0 | Baja California |
| 28º | Nuevo León | 2.3 | Tabasco | 2.5 | Baja California Sur |
| 29º | Baja California Sur | 2.1 | Baja California Sur | 2.1 | Nuevo León |
| 30º | Tamaulipas | 1.8 | Baja California | 1.6 | Sinaloa |
| 31º | Aguascalientes | 1.7 | Nuevo Leon | 1.5 | Campeche |
| 32º | Sinaloa | 1.5 | Tamaulipas | 1.5 | Tabasco |
| 33º | Coahuila | 0.8 | Sinaloa | 1.2 | Colima |

Cuadro 2. Situación comparativa de la Mortalidad Materna por Entidad Federativa 1990, 1995 y 2001. * Tasa por 10,000 nacidos vivos registrados

Fuente:

Secretaría de Salud. Mortalidad 1990. México 1992.

Secretaría de Salud. Mortalidad 1995. México 1996.

Secretaría de Salud. Mortalidad Materna, Neonatal e Infantil por Entidades Federativas, 2001. México 2002.

Análisis poblacional de la muerte materna contra indicadores sociodemográficos básicos

A manera de colofón se realizó un análisis que permitiera correlacionar la muerte materna con dos indicadores sociodemográficos básicos, para ello se construyó la tasa de mortalidad municipal promedio para el periodo 1995 – 2000 y ésta fue comparada con los indicadores de porcentaje de analfabetismo y la tasa global de fecundidad, ambas en el mismo nivel de construcción municipal, según datos del estado de Veracruz recabados del XII Censo General de Población y Vivienda.

Tal comparación dio cuenta de la relación municipal que se establece entre la condición de un indicador y el daño, representado por la muerte materna, observándose coeficientes de correlación de 0.45 para analfabetismo y de 0.52 para la tasa global de fecundidad. (Gráfica 6)

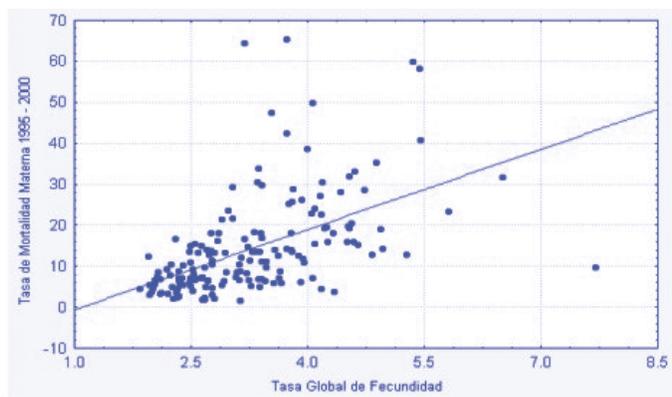
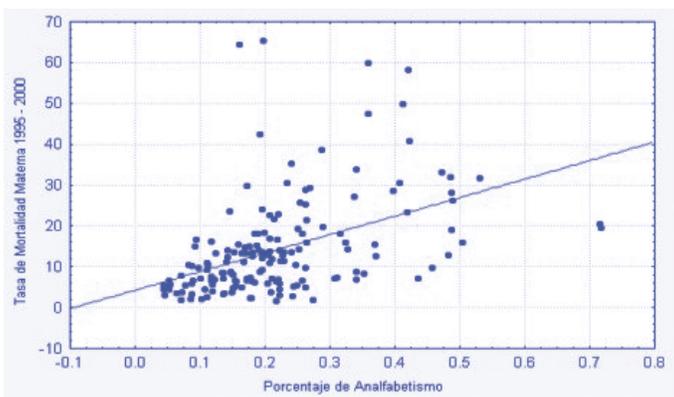
Conclusiones

Veracruz presenta como México en lo que a muertes maternas se refiere, el patrón típico de los países en desarrollo, con una proporción alta de defunciones por causas obstétricas directas y una contribución mínima de las indirectas. La importancia de esto estriba en el hecho que se considera, que hasta en un 90% las defunciones por causas obstétricas directas podrían prevenirse, detectarse y tratarse satisfactoriamente.

Ante esta perspectiva es importante mencionar que aun cuando la mortalidad materna tiende al descenso, la trascendencia de una sola muerte en nuestros días no tiene discusión alguna. Por una parte por que afecta a mujeres jóvenes, cuya muerte en la mayoría de los casos pudo ser evitada; y por la otra, por que la mujer juega un papel trascendente como pilar del núcleo familiar y la estrecha dependencia que guardan los hijos con respecto a la madre hace que muchas veces, la pérdida de ella ponga en peligro la integridad de la familia y repercuta en la salud de sus hijos.

En este trabajo pudimos observar que si bien, la muerte materna tuvo un comportamiento que puede observarse como “satisfactorio”, quizá no es con los resultados deseables o esperables, por un lado, por que no hemos sido lo suficientemente críticos para comprender el entorno en el cual se suceden dichas muertes, con indicadores poblacionales que nos deben situar en la realidad, que sean punto de partida para la determinación de acciones integrales, concretas y de impacto real; por otro lado, por la falta de unión entre todos los actores institucionales y civiles que deben involucrarse en la comprensión global del fenómeno y la toma de responsabilidades particulares.

Debemos entender que aun cuando no pareciera ser determinante ser uno de los estados del país con mayor marginalidad, si es un foco



Gráfica 6.
Análisis de Correlación del Porcentaje de Analfabetismo y la Tasa Global de Fecundidad contra la Tasa de Mortalidad Promedio para el periodo 1995 – 2000. Veracruz 2000.

Fuente: Servicios de Salud de Veracruz. Programa Veracruzano Arranque Parejo en la Vida, 2001 – 2006.

rojo de las cosas que no se han hecho y de lo que falta por hacer para beneficio de la población, de la cual esperamos igualmente un alto grado de compromiso para abatir este indicador de desarrollo humano, el cual concentra determinantes sociales, económicos, culturales y de desarrollo de los servicios de salud.

El abordaje de este problema de salud pública para el estado de Veracruz, sigue siendo y será un reto para los próximos años de trabajo en salud pública, pero solamente comprendiendo las dinámicas internas y externas que se combinan en el desarrollo de cada una de estas defunciones y en su conjunto, es lo que permitirá lograr un impacto satisfactorio en su reducción. Será necesario comprender el entorno en su totalidad y trabajar con apego a enfoques y paradigmas adecuados, que den cuenta de los avances logrados y las prioridades venideras. Privilegiar el apoyo a los ámbitos locales, donde las problemáticas y prioridades seguramente, serán distintas, así como mantener una alerta permanente hacia los factores predisponentes de la muerte materna.

Referencias bibliográficas

1. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD / ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. 1995, *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud*. Décima Revisión. Volumen 2.
2. SECRETARÍA DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA. 1995, *Compendio Histórico de Estadísticas Vitales 1893 – 1993*. México.
3. SECRETARÍA DE SALUD. 2002, *Mortalidad Materna, Neonatal e Infantil por Entidades Federativas, 2001*. México.
4. MENDOZA-GONZÁLEZ MF. FLORES-LOMAN OA., 2002, Epidemiología de la Muerte Materna en Veracruz, México. 1990 – 2001. *Higiene*. Volumen IV: Número 3.
5. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA, GEOGRAFÍA E INFORMÁTICA (INEGI). 2001, *XII Censo General de Población y Vivienda 2000*, Tabulados Básicos de Veracruz. México.
6. CONSEJO NACIONAL DE POBLACIÓN. 2001, *Indicadores Demográficos 2000 – 2030*. México.
7. CONSEJO NACIONAL DE POBLACIÓN. 2000, *Indicadores Demográficos 1995 – 2020*. México.
8. CONSEJO NACIONAL DE POBLACIÓN. 2001, *Marginalidad 2000*. Tabulados. México.
9. SECRETARÍA DE SALUD. 2002, *Principales Causas de Defunción en México, 2001*, México.
10. SERVICIOS DE SALUD DE VERACRUZ. 2001, *Programa Veracruzano Arranque Parejo en la Vida, 2001 – 2006*, Veracruz, México.
11. SECRETARÍA DE SALUD. 1992. *Mortalidad 1990*, México.
12. SECRETARÍA DE SALUD. 1996. *Mortalidad 1995*, México.