



La carga de la mortalidad materna en África Subsahariana: Causas y soluciones

Este boletín deberá citarse como:

Cuba. Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas. Biblioteca Médica Nacional. **La carga de la mortalidad materna en África Subsahariana: Causas y soluciones.** Factográfico salud [Internet]. 2026 Ene [citado Día Mes Año];12(3):[aprox. 16 p.]. Disponible en: <http://files.sld.cu/bmn/files/2026/03/factografico-de-salud-marzo-2026.pdf>

Reseña

Más allá de las cifras: Una llamada a la acción ante el estancamiento de la salud materna

El boletín que presentamos no solo ofrece cifras; nos confronta con una realidad incómoda: el **progreso en la reducción de la mortalidad materna se ha estancado a nivel global**. Mientras que en 2023 se producía una muerte materna cada dos minutos, la fotografía más reciente nos muestra que la brecha entre regiones no solo persiste, sino que en algunos contextos se profundiza.

El titular más alarmante de este informe es, sin duda, la concentración de la tragedia. Aproximadamente **el 70% de las 260,000 muertes maternas anuales** se localizan en el África Subsahariana. Este dato, por sí solo, justifica el enfoque de este número. Sin embargo, el análisis fino nos obliga a mirar más allá de la media regional y a preguntarnos: ¿Por qué, a pesar de las décadas de intervenciones y declaraciones, la hemorragia posparto sigue siendo la principal causa de muerte en la región? La respuesta, como demuestran los perfiles de países de este boletín, no es unívoca. No es lo mismo ser madre en Tanzania, donde la inversión focalizada ha logrado reducir la mortalidad en un 80%, que en Sudán del Sur o la República Democrática del Congo, donde el colapso del sistema sanitario y el conflicto armado convierten el parto en una sentencia de muerte.

El factor olvidado: la fragilidad institucional

Un hallazgo clave de los informes de 2026 es la intersección letal entre **conflicto y mortalidad materna**. Los datos de Naciones Unidas son estremecedores: aunque los países en guerra o con fragilidad institucional representan solo el 10% de los nacimientos globales, en ellos se concentran **casi dos tercios de las muertes maternas**. El riesgo de que una mujer muera por causas relacionadas con el embarazo es **cinco veces mayor** en estos entornos. Este dato debería remover las conciencias de la comunidad internacional. No se puede pretender mejorar la salud materna sin abordar la inestabilidad política y las crisis humanitarias que destruyen la infraestructura sanitaria y desplazan a las poblaciones más vulnerables.

En estos contextos, la "triple demora" clásica (retraso en decidir buscar ayuda, en llegar al centro y en recibir atención) se ve magnificada por la falta absoluta de suministros básicos. La región promedia solo **4.9 unidades de sangre por cada 1,000 habitantes**, muy por debajo de las 10 recomendadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), lo que deja a miles de mujeres con hemorragia posparto sin opciones de supervivencia. Este no es un problema de alta tecnología; es un problema de voluntad política y de logística básica.

Un llamado a la inversión inteligente

¿Qué hacer, entonces? La evidencia econométrica reciente apunta a una dirección clara: existe una relación causal unidireccional entre el **gasto público en salud y la reducción de la mortalidad materna** en África Subsahariana. Dicho de otro modo, la priorización presupuestaria salva vidas. Pero no vale cualquier inversión. Se requiere una inversión **inteligente y focalizada**:

1. **Fortalecer la primera línea de defensa:** La razón de enfermeras y parteras por habitante en África Subsahariana es ocho veces inferior a la recomendada por la OMS. Formar, retener y proteger a este personal es la intervención más costo-efectiva.
2. **Resolver los "nudos críticos" biomédicos:** Sistemas descentralizados de sangre segura y la disponibilidad universal de oxitócicos y sulfato de magnesio podrían evitar una proporción significativa de las muertes por hemorragia y trastornos hipertensivos.
3. **Abordar los determinantes sociales:** La educación de las niñas y el acceso a la anticoncepción no son asuntos colaterales; son intervenciones de salud materna. La alta tasa de embarazos no planeados en la región conduce a abortos inseguros y a complicaciones que podrían evitarse con información y medios.

Este boletín de marzo de 2026 no busca solo documentar una tragedia, sino servir como una herramienta para la **toma de decisiones**. Para los profesionales de la salud en Cuba y el mundo, la evidencia es clara: sabemos qué funciona. Sabemos que las hemorragias se pueden prevenir con oxitócicos, las infecciones con higiene y las muertes en conflictos con el cese de las hostilidades. El estancamiento actual no es fruto de la ignorancia, sino de la falta de prioridad política y de la erosión de la solidaridad internacional.

Reducir la mortalidad materna en África Subsahariana no es un desafío técnico, es un desafío ético. Y como recordó recientemente un alto funcionario de Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), "dejar morir a estas mujeres y niños cuando se dispone de los medios para evitar sus muertes es una violación fundamental de nuestro deber para con la humanidad". Este es nuestro llamado a la acción.

Por: Dra.C. Maria del Carmen González Rivero
Servicio Diseminación Selectiva de la Información (DSI)

Biblioteca Médica Nacional / Cuba

La carga de la mortalidad materna en África Subsahariana: Causas y soluciones

A ocho años del plazo fijado para los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS 2030), el progreso en la reducción de la mortalidad materna se ha **estancado globalmente**. Según el más reciente informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS), presentado en Ciudad del Cabo en febrero de 2026, se estima que **cada 7 segundos muere una mujer o un recién nacido** por causas prevenibles relacionadas con la gestación o el parto .

A nivel mundial, se registran anualmente aproximadamente **290,000 muertes maternas**. De esta catastrófica cifra, **más del 70%** se concentran en el África Subsahariana (SSA), convirtiendo a esta región en el epicentro de la crisis de salud materna. La Razón de Mortalidad Materna (RMM) en SSA es desproporcionadamente alta en comparación con otras regiones, estimándose en más de **500 muertes por cada 100,000 nacidos vivos** en varios países, una cifra que contrasta drásticamente con la media de 99 en regiones estables y de 12 en países de altos ingresos .

Un factor agravante identificado recientemente es la **convergencia entre conflicto y mortalidad materna**. La Agencia Fides reporta que hasta el 60% de las muertes maternas globales ocurren en países en guerra o con fuerte inestabilidad política. En zonas de conflicto activo en el Sahel y la región de los Grandes Lagos, la RMM puede superar los 500 por 100,000, donde la violencia sexual como arma de guerra y el colapso de los sistemas sanitarios crean una sinergia letal

Mientras la región enfrenta una carga homogéneamente alta, existen perfiles nacionales divergentes que reflejan el impacto de las intervenciones sanitarias.

- **Tanzania: Un caso de éxito en la reducción.** Gracias a una inversión sostenida y a proyectos integrados como el "Safe Mother and Pregnant Project" financiado por Bloomberg y la Fundación Gates, Tanzania ha logrado una reducción histórica del **80%** en su RMM en solo siete años, pasando de 556 a **104 por 100,000 nacidos vivos**. Este logro se atribuye al fortalecimiento de la capacidad de los profesionales de salud y al incremento de centros de salud especializados.
- **República Democrática del Congo y Mozambique:** En el extremo opuesto, estos países, afectados por conflictos armados internos y desplazamientos masivos, mantienen RMM que superan ampliamente la media regional, con cifras que oscilan entre 500 y 700 por 100,000, donde la atención obstétrica de emergencia es casi inexistente en zonas rurales .
- **Etiopía:** Ha implementado estrategias innovadoras como la formación de parteras y equipos médicos móviles para llegar a poblaciones nómadas y desplazadas, mostrando una tendencia positiva aunque aún con desafíos significativos en la cobertura universal.

El Panorama Global / Perfiles de países

El Panorama Global: Tabla de Indicadores Clave

La siguiente tabla sintetiza las principales cifras y tendencias que definen el estado de la salud materna a nivel mundial, con énfasis en el contraste entre regiones estables y aquellas afectadas por crisis.

Indicador / Concepto	Dato / Descripción
Mortalidad Global Anual	4.5 millones de mujeres y recién nacidos mueren cada año durante el embarazo, parto o primeras semanas de vida.
Muertes Maternas Anuales	Aproximadamente 290,000 mujeres mueren por causas relacionadas con la gestación o el parto.
Frecuencia de Muerte	Ocurre 1 muerte (de mujer o recién nacido) cada 7 segundos a nivel global.
Estancamiento del Progreso	Las mejoras en la supervivencia materna y neonatal se han estancado desde 2015 , debido a la disminución de inversiones y el impacto de la pandemia de COVID-19.
Contexto de Conflicto	Casi dos tercios (2/3) de las muertes maternas globales ocurren en países frágiles o afectados por conflictos. El riesgo de muerte por causas maternas por cada embarazo es 5 veces mayor en estos contextos.
Cobertura de Atención Prenatal	En los países más afectados de África Subsahariana y Asia Meridional, menos del 60% de las mujeres reciben al menos 4 de los 8 controles prenatales recomendados por la OMS.
Brecha de Financiamiento	Solo 1 de cada 10 países (de más de 100 encuestados) reporta tener fondos suficientes para implementar sus planes nacionales de salud materna y neonatal.

2. Perfiles de Países: Tabla Comparativa

Esta tabla ofrece un perfil detallado de países seleccionados de África Subsahariana, ilustrando la heterogeneidad de la crisis. Se incluyen Tanzania como un caso de éxito reciente, y otros países que representan diferentes desafíos estructurales.

País	Razón de Mortalidad Materna (RMM) Estimada	Tendencia y Contexto Crítico	Estrategias / Desafíos Clave
Tanzania	104 por 100,000 nv (reducción desde 556 en 7 años)	Mejorando significativamente. El país ha logrado una reducción histórica del 80% en su RMM gracias a proyectos focalizados.	Éxito: Fortalecimiento de la capacidad de profesionales de salud e incremento de centros de salud (de 189 a 387). Proyecto "Safe Mother and Pregnant" financiado por Bloomberg y Gates Foundation.

República Democrática del Congo (RDC)	Proyección de ~15,900 muertes totales para 2026 (disminución marginal del 0.1% anual). La RMM por 100,000 nv se estima en un rango muy alto (superior a 500).	Crítica / Estancada. Contexto de conflicto armado y desplazamiento. La reducción anual es mínima (0.1%), lo que refleja un sistema de salud colapsado en zonas rurales.	Desafío: Acceso casi nulo a atención obstétrica de emergencia y sistemas de salud frágiles.
Mozambique	No se especifica la cifra exacta en el fragmento, pero se indica que "sigue siendo alta".	Mejorando lentamente pero con carga persistente. Se reportan reducciones significativas, pero la RMM permanece en niveles altos.	Estrategia: Programas de salud sexual y reproductiva, leyes de derechos de la mujer y empoderamiento económico. Desafío: Vulnerabilidad a desastres naturales (ej. ciclones).
Etiopía	No se especifica la cifra exacta en el fragmento, aunque se mencionan progresos.	Mejorando. La tasa de prevalencia de anticonceptivos se ha duplicado, pero persisten desafíos en equidad de género y salud materna.	Estrategia: Programas para aumentar el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, incluida la planificación familiar y la atención obstétrica de emergencia. Desafío: Sequías severas que agravan las condiciones de vida.
Sudán del Sur	1,223 por 100,000 nv	Crítica. Posee la RMM más alta del mundo. La mayoría de los partos ocurren en el hogar sin asistencia calificada.	Desafío: Pobreza extrema, conflicto activo, falta de infraestructura (hospitales, transporte) y sistemas de salud inexistentes en grandes áreas.
Chad	1,063 por 100,000 nv	Crítica. Segundo lugar a nivel mundial en RMM más alta.	Desafío: Sistemas de salud frágiles, pobreza generalizada y falta de personal calificado.
Nigeria	1,047 por 100,000 nv	Crítica. Tercer lugar mundial, con una enorme carga de muertes debido a su gran población.	Desafío: Disparidades regionales enormes, conflictos internos y sistemas de salud sobrepasados e inequitativos.
Lesoto	566 por 100,000 nv	Crítica. Entre los diez países con peores indicadores del mundo.	Desafío: Alta prevalencia de VIH/SIDA que complica los embarazos, pobreza y debilidad estructural del sistema de salud.

Análisis Cuba

Análisis Cuba: Resiliencia del Sistema frente a Presiones Externas

En contraste con la realidad del SSA, Cuba mantiene indicadores de salud materna propios de países desarrollados, aunque enfrenta tensiones derivadas del contexto económico.

- **Indicadores actuales:** Al cierre del primer semestre de 2026, la tasa de mortalidad infantil se sitúa en **7.4 por cada 1,000 nacidos vivos**. La mortalidad materna también ha experimentado una reducción, según informó la jefa nacional del Programa Materno-Infantil (PAMI), Dra. Catherine Chibás Pérez.
- **Vigilancia epidemiológica:** Las autoridades cubanas han puesto énfasis en la vigilancia de causas específicas que pueden incrementar la mortalidad, tales como el **embarazo ectópico, las complicaciones de eclampsia y preeclampsia, y las infecciones puerperales**. Se destaca un enfoque de trabajo particularizado en casos de riesgo.
- **Amenazas externas:** Un factor de riesgo exógeno crítico identificado para 2026 es el impacto del bloqueo económico y la consecuente escasez de combustible. El Ministerio de Salud Pública de Cuba (MINSAP) ha alertado que más de **32,880 mujeres embarazadas** están en riesgo debido a las limitaciones para acceder a ultrasonidos obstétricos, estudios genéticos y la movilización de equipos médicos para atender morbilidad materna extremadamente grave. Esto representa una amenaza directa a la continuidad del Programa Materno-Infantil

Clasificación

Clasificación y Análisis Regional en África Subsahariana

La heterogeneidad de la región exige un análisis subregional para comprender la dinámica de la mortalidad materna.

Subregión	RMM Estimada (por 100,000 nv)	Contexto Crítico	Tendencia
África Occidental	550 - 700	Alta prevalencia de hemorragia posparto y déficit de personal calificado.	Estancada / Empeorando
África Central	500 - 650	Zonas de conflicto activo, sistemas de salud colapsados y baja tasa de donación de sangre.	Crítica / Empeorando
África Oriental	300 - 450	Mejoras gracias a inversiones focalizadas (Etiopía, Tanzania). Persisten brechas rurales.	Mejorando lentamente
África Austral	150 - 250	Mayor desarrollo relativo, pero con alta carga de VIH/SIDA que complica los embarazos.	Estable

Fuente: Elaboración propia con datos de OMS 2025-2026 y estudios revisados por pares.

Un estudio econométrico reciente publicado en *Studia Universitatis Vasile Goldiș* confirma que existe una relación unidireccional de causalidad entre el **gasto público en salud y la reducción de la mortalidad materna** en las regiones Central y Occidental de SSA. Esto implica que el aumento de la inversión pública es un predictor directo de la mejora de los indicadores, validando la necesidad de priorización presupuestaria.

Factores de riesgos / Principales causas de muerte en el Mundo

La etiología de la muerte materna en SSA responde a un complejo entramado de **factores biomédicos, socioeconómicos y estructurales**.

A. Principales Causas Obstétricas Directas (Biomédicas):

1. **Hemorragia Posparto (HPP):** Es la principal causa a nivel global y en SSA, responsable de más del **30%** de las muertes maternas en la región. La imposibilidad de acceder a una transfusión sanguínea segura y oportuna convierte una complicación manejable en una sentencia de muerte.
2. **Trastornos Hipertensivos (Preeclampsia/Eclampsia):** Segunda causa directa, cuya detección y manejo requieren control prenatal y capacidad resolutive para la interrupción del embarazo.
3. **Sepsis/Infecciones:** Asociada a partos en condiciones no higiénicas y falta de antibioticoterapia.
4. **Obstrucción del Parto y Rotura Uterina:** Consecuencia de la desproporción cefalopélvica no resuelta, común en madres adolescentes con pelvis inmadura.
5. **Aborto Inseguro:** Aunque con datos subregistrados, representa una causa significativa de mortalidad en contextos donde el aborto está penalizado.

B. Determinantes Socioeconómicos y Demográficos (Factores Subyacentes):

Una revisión sistemática de 25 estudios publicada en *PLoS ONE* (2025) identificó los siguientes predictores de complicaciones maternas graves (*maternal near miss*) en África:

- **Nivel educativo:** A menor educación materna, mayor riesgo de complicaciones.
- **Residencia rural:** Limita el acceso a establecimientos de salud con capacidad resolutive.
- **Estatus económico:** Las mujeres de quintiles más pobres tienen menor poder de decisión para buscar atención.
- **Edad materna:** Extremos de la vida reproductiva (adolescentes y mayores de 35 años) conllevan mayor riesgo.
- **La "demora" (Delay):** Se identifican las tres demoras clásicas: 1) Decidir buscar atención, 2) Llegar a un centro de salud, y 3) Recibir atención adecuada en el centro

Prevalencia

- **Carga Global:** 4.5 millones de mujeres y recién nacidos mueren anualmente durante el embarazo, parto o primeras semanas de vida.
- **Carga en SSA:** Aproximadamente **182,000 muertes maternas al año** (estimado basado en el 70% de 260,000).
- **Necesidad de Sangre:** La región promedia solo **4.9 unidades de sangre por cada 1,000 habitantes**, muy por debajo de las 10 unidades recomendadas por la OMS para satisfacer las necesidades básicas, lo que deja a miles de mujeres con HPP sin opciones de supervivencia.
- **Cobertura de Atención Prenatal:** En los países más afectados de SSA, menos del **60% de las mujeres** reciben al menos cuatro controles prenatales, muy por debajo de los ocho recomendados por la OMS, lo que impide la detección temprana de riesgos

Retrospectiva y Perspectivas: Tabla Comparativa (2015-2025)

La siguiente tabla ilustra la evolución de los indicadores clave y las estrategias de solución en la última década, contrastando el panorama global con el del África Subsahariana y Cuba.

Indicador / Estrategia	Línea de Base (hacia 2015)	Situación Actual (2025-2026)	Meta ODS 3.1 (2030)
RMM Global	~300 por 100,000 nv	~290,000 muertes/año (estancada)	< 70 por 100,000 nv
RMM África Subsahariana	~550-600 por 100,000 nv	>70% de la carga mundial	< 70 por 100,000 nv
RMM Cuba	~40-45 por 100,000 nv	Reducción sostenida, <40 por 100,000 nv (estimado)	< 30 por 100,000 nv
Principal Estrategia Global	Énfasis en parto institucional	Énfasis en calidad de la atención y manejo de emergencias	Cobertura Universal
Innovación en SSA	Inversión en infraestructura	Sistemas de sangre segura , drones para entrega (Rwanda), telemedicina	Escalamiento de innovaciones
Desafío Emergente	Financiamiento	Conflictos armados , crisis climáticas y estancamiento post-COVID	Resiliencia de sistemas

Conclusiones y Recomendaciones para la Toma de Decisiones

Para los profesionales de la salud en Cuba y el mundo, la evidencia indica que la reducción de la mortalidad materna en África Subsahariana no se logrará únicamente con tecnología de punta, sino con la consolidación de **sistemas de salud resilientes y accesibles**.

1. **Fortalecer los sistemas de sangre:** La creación de bancos de sangre descentralizados y el fomento de la donación voluntaria son intervenciones de alto impacto que podrían prevenir hasta un cuarto de las muertes por HPP.

2. **Inversión pública focalizada:** Dada la causalidad demostrada entre gasto público y reducción de la mortalidad, los gobiernos deben priorizar la financiación de la salud materna en sus presupuestos nacionales.
3. **Abordar los determinantes sociales:** Estrategias intersectoriales que mejoren el **acceso a la educación** de las niñas y el empoderamiento económico de las mujeres son tan cruciales como cualquier intervención clínica.
4. **Adaptación al contexto cubano:** La experiencia cubana de vigilancia epidemiológica y trabajo comunitario es un activo invaluable. Sin embargo, es imperativo gestionar los riesgos exógenos (como la escasez de insumos) para proteger los logros alcanzados y evitar retrocesos.

OMS 2025

Hoja informativa de la OMS actualizada a 2025 (con datos de 2023)

Indicador	Cifra / Dato
Muertes maternas anuales globales	260,000 (2023)
Muertes diarias	>700 mujeres/día
Frecuencia	1 muerte cada 2 minutos
Reducción global 2000-2023	40% en la RMM
Concentración en países de ingreso bajo y mediano bajo	>90% de todas las muertes maternas
África Subsahariana	~70% (182,000 muertes)
Asia meridional	~17% (43,000 muertes)
Ambas regiones juntas	87% (225,000 muertes)
Países en conflicto o frágiles	61% de muertes maternas globales (solo 25% de nacimientos)
RMM en países en conflicto	504 x 100,000 nv
RMM en países no frágiles	99 x 100,000 nv
Riesgo de por vida (países ingreso bajo)	1 en 66
Riesgo de por vida (países ingreso alto)	1 en 7,933
Cobertura de parto asistido (países ingreso bajo)	73%
Cobertura de parto asistido (países ingreso alto)	~99%
Meta ODS 3.1 (2030)	RMM global < 70 x 100,000 nv

TABLA COMPARATIVA: Progreso por regiones ODS (2000-2023)

Región ODS	RMM 2000	RMM 2023	Reducción (%)	Logro destacado
Europa oriental	38	9	75%	Mayor reducción global
Asia meridional	405	117	71%	Segunda mayor reducción
África Subsahariana	Alta (base)	536 (estimado)	40%	Reducción sustancial pese a carga alta
Asia central y meridional (riesgo de por vida)	1 en 71	1 en 410	83%	Mayor reducción del riesgo de por vida

Análisis Sistemático de las Causas de Muerte Materna en África Subsahariana (2015-2020)

Tipo de estudio: Revisión sistemática con análisis de 38 estudios originales que reportaron 11,427 muertes maternas en 20 países de África Subsahariana.

Período de los datos analizados: 2010-2020 (publicaciones 2015-2020).

Clasificación utilizada: ICD-MM (Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ª revisión, para mortalidad materna).

Este estudio constituye la revisión sistemática más completa y reciente sobre las causas de mortalidad materna en África Subsahariana. Sus hallazgos son particularmente valiosos porque se basan en datos empíricos (no en modelos computacionales) y utilizan la clasificación ICD-MM, lo que permite la comparabilidad con estándares internacionales.

Hallazgos principales:

1. **La hemorragia obstétrica** se confirma como la principal causa de muerte materna en la región, responsable del **28.8%** (IC 95%: 26.5%-31.2%) de las 11,427 muertes analizadas. Dentro de este grupo, la **hemorragia posparto** es la causa específica predominante.
2. **Los trastornos hipertensivos del embarazo** (preeclampsia/eclampsia) ocupan el segundo lugar con **22.1%** (IC 95%: 19.9%-24.2%), consolidándose como la segunda emergencia obstétrica más letal.
3. **Las complicaciones no obstétricas** (enfermedades intercurrentes agravadas por el embarazo, como malaria, VIH, anemia y patologías cardiovasculares) representan la tercera causa con **18.8%** (IC 95%: 16.4%-21.2%), un dato que subraya la importancia de abordar la salud integral de la mujer y no solo las complicaciones directas del parto.
4. **Las infecciones relacionadas con el embarazo** (principalmente sepsis puerperal) causan el **11.5%** (IC 95%: 9.8%-13.2%) de las muertes, evidenciando fallas en la asepsia, la disponibilidad de antibióticos y el manejo de complicaciones infecciosas.
5. **Consistencia con estimaciones globales:** Los resultados de esta revisión son consistentes con las estimaciones de la OMS y del Global Burden of Disease (GBD), lo que valida la calidad de los datos agregados y su utilidad para la toma de decisiones.

TABLA 1. Distribución de las muertes maternas por grupo de causa (ICD-MM) en África Subsahariana

Basada en 11,427 muertes de 38 estudios (2015-2020)

Grupo ICD-MM	Causa de muerte	Número de muertes	Proporción (%)	IC 95%
Grupo 3	Hemorragia obstétrica	3,295	28.8%	26.5% - 31.2%
Grupo 2	Trastornos hipertensivos del embarazo	2,521	22.1%	19.9% - 24.2%

Grupo 7	Complicaciones no obstétricas	2,151	18.8%	16.4% - 21.2%
Grupo 4	Infecciones relacionadas con el embarazo	1,318	11.5%	9.8% - 13.2%
Grupo 1	Embarazos con resultado abortivo	825	7.2%	5.3% - 9.1%
Grupo 5	Otras complicaciones obstétricas	576	5.0%	3.1% - 7.0%
Grupo 6	Complicaciones no anticipadas de la gestión	452	4.0%	1.6% - 6.3%
Grupo 8	Causas desconocidas/no determinadas	289	2.5%	0.2% - 4.9%
Grupo 9	Causas coincidentales (accidentales)	4	<0.1%	0.0% - 0.0%
TOTAL		11,431	100%	

Fuente: Adaptado de Musarandega R, et al. J Glob Health. 2021;11:04048.

TABLA 2. Causas específicas líderes dentro de cada grupo ICD-MM

Grupo ICD-MM	Causa específica principal	Contexto clínico-epidemiológico
Hemorragia obstétrica	Hemorragia posparto (atonía uterina, desgarros, retención placentaria)	Asociada a partos en casa o en centros sin capacidad para transfusiones sanguíneas ni disponibilidad de uterotónicos (oxitocina).
Trastornos hipertensivos	Preeclampsia / Eclampsia	Vinculada a bajo control prenatal, detección tardía de proteinuria e hipertensión, y falta de sulfato de magnesio para prevención de convulsiones.
Infecciones	Sepsis puerperal	Relacionada con partos en condiciones no higiénicas, falta de antibióticos de amplio espectro y cesáreas de emergencia en contextos con alta carga infecciosa.
Complicaciones no obstétricas	VIH/SIDA, malaria, anemia severa, tuberculosis, patologías cardiovasculares	El embarazo agrava condiciones preexistentes; la coinfección VIH-tuberculosis es particularmente letal en el puerperio.

TABLA 3. Comparación de causas principales: Estudio actual vs. OMS vs. GBD

Validación de los hallazgos con estimaciones globales

Grupo de causa (ICD-MM)	Este estudio (SSA, 2015-2020)	Estudio OMS (2014)	Estudio GBD (2017)
Hemorragia obstétrica	28.8% (Rango 1)	24.5% (Rango 2)	43.5% (Rango 1)
Trastornos hipertensivos	22.1% (Rango 2)	16.0% (Rango 3)	15.6% (Rango 2)
Complicaciones no obstétricas	18.8% (Rango 3)	28.6% (Rango 1)	14.4% (Rango 3)
Infecciones relacionadas	11.5% (Rango 4)	10.3% (Rango 4)	6.1% (Rango 6)
Embarazos con resultado abortivo	7.2% (Rango 5)	9.6% (Rango 5)	8.6% (Rango 5)

Nota: La coincidencia en los primeros lugares (hemorragia, trastornos hipertensivos y no obstétricas) entre los tres estudios refuerza la validez de estos hallazgos como prioridades de intervención.

Fuente: Adaptado de Musarandega R, et al. J Glob Health. 2021;11:04048.

TABLA 4. Variación subregional de las causas principales en África Subsahariana

Región	Causa Principal (Rango 1)	Causa Secundaria (Rango 2)	Causa Terciaria (Rango 3)	Observación clave
África Oriental y Central	Hemorragia (28.4%)	Trastornos hipertensivos (27.2%)	No obstétricas (15.3%)	Casi igualdad entre hemorragia e hipertensión; alta carga de malaria y VIH.
África Austral	Hemorragia (25.2%)	No obstétricas (22.9%)	Trastornos hipertensivos (17.8%)	Particularidad regional: Las no obstétricas superan a los trastornos hipertensivos, probablemente por alta prevalencia de VIH/TB en Sudáfrica.
África Occidental	Hemorragia (31.3%)	Trastornos hipertensivos (22.7%)	No obstétricas (14.4%)	La hemorragia es más letal aquí que en otras subregiones; mejorar acceso a oxitócicos y sangre es crítico.

Fuente: Adaptado de Musarandega R, et al. J Glob Health. 2021;11:04048.

Principales conclusiones del estudio para la toma de decisiones

- Priorizar la hemorragia posparto:** Dado que es la causa número uno y prevenible, los sistemas de salud deben garantizar:
 - Disponibilidad universal de oxitocina (preferiblemente termoestable) en todos los niveles de atención.
 - Capacidad para realizar transfusiones sanguíneas de emergencia en centros de referencia distritales.
 - Entrenamiento en manejo activo del tercer período del parto (MATEP) para todo personal que atiende partos.
- Fortalecer el control prenatal para detectar hipertensión:** La preeclampsia es la segunda causa. Se requiere:
 - Toma de presión arterial en cada contacto prenatal.
 - Disponibilidad de tiras reactivas para proteinuria en atención primaria.
 - Acceso a sulfato de magnesio para prevención y tratamiento de eclampsia.
- Abordar las comorbilidades (causas no obstétricas):** Dado que 1 de cada 5 muertes se debe a enfermedades agravadas por el embarazo, se necesita:
 - Integración de servicios de VIH, tuberculosis, malaria y nutrición con la atención prenatal.
 - Consejería preconcepcional para mujeres con enfermedades crónicas (cardiopatías, diabetes, hipertensión crónica).

4. **Mejorar los sistemas de información:** El estudio identificó que solo el 60% de las muertes son analizadas con la profundidad necesaria. Se recomienda:
 - Implementar y fortalecer los sistemas de Vigilancia y Respuesta de Muerte Materna (MDSR).
 - Publicar informes gubernamentales en repositorios de acceso público para facilitar futuras revisiones.
5. **Atención a la sepsis puerperal:** Requiere garantizar agua potable en salas de parto, parto limpio (asepsia) y disponibilidad de antibióticos de amplio espectro en todos los centros que realizan partos o cesáreas.

Fuente: Musarandega R, Nyakura M, Machezano R, Pattinson R, Munjanja SP. Causes of maternal mortality in Sub-Saharan Africa: A systematic review of studies published from 2015 to 2020. J Glob Health. 2021 Oct 9;11:04048. doi: [10.7189/jogh.11.04048](https://doi.org/10.7189/jogh.11.04048).

Bibliografía

1. Alipour J, Payandeh A, Karimi A. Prevalence of maternal mortality causes based on ICD-MM: a systematic review and meta-analysis. BMC Pregnancy Childbirth. 2023 Nov 28;23(1):821. doi: [10.1186/s12884-023-06142-y](https://doi.org/10.1186/s12884-023-06142-y).
2. Calvert C, John J, Nzvere FP, Cresswell JA, Fawcus S, Fottrell E, et al. Maternal mortality in the COVID-19 pandemic: findings from a rapid systematic review. Glob Health Action. 2021;14(Suppl 1):1974677. doi: [10.1080/16549716.2021.1974677](https://doi.org/10.1080/16549716.2021.1974677).
3. Calvert C, John J, Nzvere FP, Cresswell JA, Fawcus S, Fottrell E, et al. Maternal mortality in the COVID-19 pandemic: findings from a rapid systematic review. Glob Health Action. 2021;14(Suppl 1):1974677. doi: [10.1080/16549716.2021.1974677](https://doi.org/10.1080/16549716.2021.1974677).
4. Cresswell JA, Alexander M, Chong MYC, et al. Global and regional causes of maternal deaths 2009-20: a WHO systematic analysis. Lancet Glob Health. 2025 Mar 7;13(3):e345-e355. doi: [10.1016/S2214-109X\(24\)00560-6](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(24)00560-6).
5. Musarandega R, Nyakura M, Machezano R, Pattinson R, Munjanja SP. Causes of maternal mortality in Sub-Saharan Africa: A systematic review of studies published from 2015 to 2020. J Glob Health. 2021 Oct 9;11:04048. doi: [10.7189/jogh.11.04048](https://doi.org/10.7189/jogh.11.04048).
6. Organización Mundial de la Salud (OMS). Estrategias para acabar con la mortalidad materna prevenible (EPMM) [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2025 [citado 12 marzo 2026]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240098752>
7. Organización Mundial de la Salud (OMS). Mortalidad materna: datos y cifras 2023 [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2025 [citado 12 marzo 2026]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>

8. Organización Mundial de la Salud (OMS). Tendencias de la mortalidad materna 2000-2023: estimaciones de la OMS, UNICEF, UNFPA, Grupo del Banco Mundial y División de Población de las Naciones Unidas [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2025 [citado 12 marzo 2026]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240098721>
9. Samuel O, Zewotir T, North D. Decomposing the urban–rural inequalities in the utilisation of maternal health care services: evidence from 27 selected countries in sub-Saharan Africa. *Reprod Health*. 2021;18(1):216. doi: [10.1186/s12978-021-01265-3](https://doi.org/10.1186/s12978-021-01265-3).
10. United Nations Children's Fund (UNICEF), World Health Organization (WHO). UNICEF/WHO joint database on SDG 3.1.2 Skilled Attendance at Birth. In: *Delivery care* [Internet]. New York: UNICEF; 2024 [citado 12 marzo 2026]. Disponible en: <https://data.unicef.org/topic/maternal-health/delivery-care/>
11. World Health Organization (WHO), United Nations Children's Fund (UNICEF). UNICEF/WHO joint database on SDG 3.1.2 Skilled Attendance at Birth. In: *Delivery care* [Internet]. New York: UNICEF; 2024 [citado 12 marzo 2026]. Disponible en: <https://data.unicef.org/topic/maternal-health/delivery-care/>
12. World Health Organization: WHO. Mortalidad materna [Internet]. Who.int. World Health Organization: WHO; 2023. [citado 12 marzo 2026]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>

Dirección: 23 esq. N. Vedado, La Habana. Cuba | **Teléfono:** (53) 78350022 | **Directora:**
Lic. [Yanet Lujardo Escobar](#) | **Edición y Compilación:** Dra.C. María del Carmen González
Rivero | **Diseño/Composición:** Dra.C. María del Carmen González Rivero | **Email:**
maria.carmen@infomed.sld.cu

© 2014-2025



Factográfico de
SALUD

Boletín factográfico de la
Biblioteca Médica Nacional



bmn
BIBLIOTECA MÉDICA
NACIONAL